

IL COLLOQUIO CLINICO

Franco Baldoni, Bruno Baldaro e Carlo Ravasini

In: Trombini G. (a cura di): *Introduzione alla clinica psicologica*.
Zanichelli, Bologna, pp.103-126, 1994.

1. INTRODUZIONE

1.1. PREMESSE

Il **colloquio clinico** è una tecnica di osservazione e di studio del comportamento umano che ha lo scopo di comprendere (con la ricerca e la valutazione diagnostica) ed aiutare il paziente (con l'orientamento e la terapia).

Nella pratica della psicologia clinica la comprensione dei problemi dei pazienti ed il conseguente sforzo per risolverli costituiscono fasi complementari e non totalmente distinte di un unico fondamentale processo.

L'assistente sociale parla con i propri assistiti valutando le loro difficoltà al fine di un intervento istituzionale sul piano economico, legale, lavorativo o familiare. L'educatore e l'insegnante si pongono verso i propri allievi con intenzioni pedagogiche, di informazione, di scambio di idee, di verifica, presentando se stessi come modello. Il giornalista nelle interviste è alla ricerca di notizie interessanti ed inedite da pubblicare in un articolo. Il giudice interroga i testimoni per accertare le circostanze e le responsabilità di un reato. Il sacerdote con la confessione mira ad alleviare le sofferenze dell'essere umano e a redimerlo dai propri peccati attraverso il pentimento e l'espiazione. Tutte queste forme di conversazione hanno in sé qualcosa di psicologico, ma da esse il colloquio clinico si differenzia per le diverse finalità e per l'accento posto sul comportamento dell'individuo all'interno di una particolare relazione. Questa si instaura tra due esseri umani uno delle quali è un tecnico con preparazione, attitudine ed esperienza specifiche, mentre l'altro è una persona che ha bisogno del suo aiuto.

In psicologia clinica il colloquio non coincide con la **consultazione**, essendo solo uno degli strumenti che possono essere utilizzati in questa occasione, oltre ai questionari ed ai test psicologici.

E' inoltre opportuno tenere distinto il colloquio clinico da altre tecniche basate sulla conversazione quali l'intervista, l'anamnesi e l'esame psichiatrico.

L'**intervista** è in uso nella ricerca psicologica e sociologica come tecnica privilegiata per cogliere le caratteristiche del rapporto di un individuo con il suo ambiente. E' spesso affiancata da altri strumenti, come questionari più o meno strutturati, dai quali si differenzia per il carattere "aperto" delle domande e per questo è talvolta chiamata "intervista in profondità" (Depolo, Palmonari, 1982). Le finalità non sono diagnostiche o terapeutiche, ma quelle di rilevare dati disponibili soltanto a chi è intervistato e riguardanti oggetti esterni alla relazione con il ricercatore.

Con l'**anamnesi** si raccolgono informazioni dal paziente e da altre fonti con l'intento di delineare la storia clinica relativa all'intera vita del soggetto. L'attenzione è spostata sulle note biografiche, sugli elementi fisiologici, sui sintomi e sulle patologie passate e presenti, piuttosto che sul comportamento durante il colloquio. Il paziente, che non sempre è nelle condizioni di collaborare, è spesso ridotto ad un ruolo di intermediario tra le proprie malattie, da un lato e colui che raccoglie i dati dall'altro.

L'**esame psichiatrico** si è sviluppato principalmente nella pratica medica ospedaliera ed è basato su domande tese a rilevare sistematicamente e fedelmente la sintomatologia psichica del

paziente. Comprende una valutazione generale delle condizioni mentali e vengono di solito prese in considerazione le seguenti aree:

- a) i processi cognitivi (pensiero, memoria, percezione, intelligenza);
- b) l'espressione emotiva e l'istintività (umore, ansia, sensi di colpa, impulsività, tendenza al suicidio);
- c) le anomalie della coscienza dell'Io, dello spazio, del tempo;
- d) i disturbi del sonno e dei sogni;
- e) il comportamento alimentare e sessuale;
- f) l'attenzione e la volontà;
- g) l'aspetto ed il comportamento esteriore.

Questo esame può comprendere domande provenienti da questionari e test mentali e si rivela molto utile con i pazienti più gravi. Il fine ultimo è quello di fornire una descrizione dettagliata della malattia e, assieme agli altri esami, contribuire alla *diagnosi*, cioè all'inserimento della malattia all'interno di una classificazione nosografica.

Alcuni aspetti dell'esame psichiatrico e dell'anamnesi sono comunque presenti anche nel colloquio clinico, in particolare quando ci si pone l'obiettivo di una valutazione diagnostica.

Rispetto all'intervista, all'anamnesi ed all'esame psichiatrico, la **caratteristica principale del colloquio clinico** è *quella dello studio e dell'utilizzo del comportamento globale del paziente all'interno di una relazione*. Il colloquio è infatti l'unico strumento che, oltre a consentire una raccolta di informazioni sulla base dei contenuti verbali, permette una conoscenza diretta dello stile utilizzato dalla persona nel mettersi in contatto con un altro; in altre parole, è un'occasione di conoscenza della vita di relazione del paziente o almeno di quella parte della sua vita che si svolge in quel momento ed in rapporto con noi.

L'esaminatore deve creare condizioni tali da permettere che il campo della relazione interpersonale venga stabilito e delineato dal soggetto, in modo che l'impronta sia data prevalentemente dalla personalità di quest'ultimo (Bleger, 1964). Il colloquio clinico deve perciò essere essenzialmente un "colloquio aperto", nel senso che non vi dovrebbero essere domande già predisposte nella loro formulazione e ordine o tali da impedire che l'esaminando strutturi liberamente il colloquio a modo suo.

Presupposto generale del colloquio è che il comportamento delle persone non è incoerente e variabile a caso. Le eventuali differenze vanno inserite in uno schema più ampio dotato di stabilità, unità e continuità di significato (Canestrari, Ricci Bitti, 1982). In colloqui diversi, o anche nello stesso, possono quindi emergere modi di essere contraddittori o complementari. In questo caso si suppone che lo strumento non rifletta altro che le caratteristiche e la complessità dell'oggetto di studio. D'altra parte, nessuna situazione potrebbe fare emergere l'intero repertorio dei comportamenti di una persona e di conseguenza nessun colloquio riesce a mettere in evidenza la personalità del paziente nella sua totalità.

L'esaminatore, inoltre, non deve essere considerato o considerarsi un osservatore neutrale. Il colloquio è una situazione relazionale e il clinico fa parte del campo, quindi inevitabilmente influenzerà in qualche misura i fenomeni che osserva diventando una delle variabili in gioco.

Del tutto particolare è anche la modalità con la quale vengono raccolti i dati. Il clinico infatti oltre a partecipare al rapporto, dovrebbe essere consapevole di cosa in esso sta avvenendo, raccogliere gli elementi che provengono dalle parole del paziente, dall'osservazione del comportamento non verbale, dal proprio vissuto emotivo e inserirli in un contesto conosciuto. Deve dunque ascoltare e ascoltarsi, osservare e osservarsi.

Può accadere che le conoscenze della psicologia e la tecnica del colloquio vengano utilizzate per motivi ed interessi estranei a quelli dell'esaminando. E' il caso di una perizia psicologica ordinata da un giudice per definire la personalità di un imputato, oppure di un colloquio di selezione dove il committente ed il beneficiario del risultato sono un'azienda o un'istituzione. Noi però riteniamo che la condizione del colloquio clinico si realizzi autenticamente solo quando segua la

richiesta di un paziente e risponda ad un suo reale bisogno. Questo vale pure per i colloqui condotti con obiettivi di ricerca, dove l'attenzione non dovrebbe mai essere rivolta esclusivamente al dato scientifico, ma sempre riguardare anche gli interessi dell'esaminando.

Dopo queste premesse, risulterà chiaro che una distinzione tra colloquio clinico a scopo di ricerca, diagnostico o terapeutico, pur essendo utile, non può mai essere intesa in senso assoluto.

1.2. COLLOQUIO E RICERCA

Il clinico durante il colloquio esercita un'attività di ricerca. Perciò, anche quando è utilizzato nell'ambito più specifico di una consultazione a fini diagnostici o di presa in carico, ogni colloquio clinico svolto in senso completo e corretto non può prescindere da un atteggiamento scientifico, unendo nella stessa persona e nello stesso atto l'operatore ed il ricercatore. "Il lavoro tecnico dello psicologo, dello psichiatra e del medico assume la sua reale portata e rilevanza quando la ricerca ed il compito professionale coincidono" (Bleger, 1964).

Ricerca ed azione, teoria e pratica non sono separate. Dovrebbero quindi essere tenuti presenti alcuni principi generali della ricerca scientifica. E' importante che i presupposti delle ipotesi siano coscienti, ricordando, inoltre, che il modo più corretto di operare è quello di formulare delle ipotesi mentre si osserva, per poi modificarle o arricchirle in funzione delle rilevazioni successive. Osservare, pensare ed immaginare dovrebbero coincidere (Bleger, 1964).

Diventa quindi necessario, per il clinico, essere consapevole del proprio **paradigma di riferimento**. Questo comprende l'insieme degli assunti generali che riguardano la scelta dell'oggetto di studio, la modalità della raccolta dei dati e la concezione del comportamento. Il paradigma determina il tipo di informazione che si cerca e quella che si ottiene, influenzando notevolmente il grado di strutturazione del colloquio.

Per un osservatore di formazione psicoanalitica, ad esempio, sarà naturale rivolgere la propria attenzione agli aspetti emotivi e difensivi inconsci che si manifestano nella relazione, inserendoli nella propria cornice teorica e attribuendo ad essi significati che per il paziente sono sconosciuti.

L'operatore di orientamento comportamentista, al contrario, sarà interessato a rilevare e valutare le manifestazioni esplicite del comportamento, confrontandole con i risultati della ricerca sperimentale per poi individuare strategie e prescrizioni terapeutiche tese a modificare il comportamento desiderato.

E' bene inoltre tenere presente che nel colloquio, come in ogni condizione di ricerca, possiamo trovare solo elementi che invalidano un'ipotesi, ma non prove della sua conferma. Ogni affermazione infatti ha utilità scientifica solo se si dimostra potenzialmente falsificabile, se cioè è possibile immaginare situazioni le quali, attuandosi, smentirebbero la validità dell'ipotesi stessa. E' poi necessaria l'esclusione di ipotesi alternative. Queste ultime devono sempre essere prese in considerazione come una possibilità in più per cogliere ciò che non abbiamo ancora visto.

1.3. COLLOQUIO, DIAGNOSI E VALUTAZIONE CLINICA

In campo psicologico e psichiatrico il principale pericolo di una **diagnosi** (dal greco *diagnosis*, l'arte di riconoscere attraverso) è rappresentato dall'eccessivo spostamento dell'attenzione sul sintomo e sulla malattia trascurando il malato.

Il singolo individuo che soffre manifesta un disagio nel quale la costituzione ereditaria, gli aspetti fisici e quelli psichici, le relazioni affettive, familiari e sociali interagiscono a vari livelli. Limitarsi a descrivere e a catalogare i sintomi significa considerare la malattia come un oggetto esterno alla vita del paziente, con la conseguente negazione della complessità appena descritta. La diagnosi psichiatrica rischia di attribuire al paziente un'etichetta che non lo rappresenta autenticamente e che, in più, è socialmente scomoda. Inoltre si incontrano grandi difficoltà nel

definire quadri patologici sufficientemente chiari e condivisi da operatori di scuola e formazione differenti.

Queste limitazioni sono state almeno in parte superate dalla elaborazione di metodi diagnostici notevolmente raffinati come la Quarta Edizione del **Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali** o **DSM-IV** (American Psychiatric Association, 1994-95). Con questo strumento è possibile la descrizione di una patologia mentale attraverso criteri sufficientemente espliciti e definiti che permettono il suo inserimento in cinque assi di classificazione distinti. In questo modo, oltre alla diagnosi psichiatrica tradizionale, si ottengono informazioni su eventuali disturbi di personalità o dello sviluppo, su disturbi fisici, eventi psicosociali stressanti e sulle capacità globali di funzionamento psicologico, sociale e lavorativo del paziente.

Nonostante le numerose obiezioni, la maggior parte dei clinici è oggi concorde sul fatto che una diagnosi sia necessaria per prendere decisioni consapevoli e responsabili e costituisca un momento importante nel processo di comprensione del paziente. Solo così ci si può avvalere delle esperienze cliniche precedenti confrontandole con il caso attuale. La diagnosi si rivela inoltre necessaria quando si voglia comunicare ad altri il risultato del proprio lavoro.

Nel senso ristretto del classificare un paziente all'interno di una categoria nosologica il valore di una diagnosi appare comunque limitato. Sembra molto più opportuno intendere l'atto diagnostico nel senso di una **valutazione clinica (o psicologica)**, definita come *"Il processo mediante il quale i clinici pervengono alla comprensione del paziente necessaria a prendere delle decisioni consapevoli"* (Korchin, 1976).

Compito del clinico diventa quello di descrivere non solo i sintomi di una patologia, ma anche la struttura e la dinamica di personalità del paziente, le sue risorse e le sue debolezze, il significato che ha la sua malattia per lui e per chi gli sta attorno, le aspettative, il sostegno e le difficoltà incontrate nell'ambiente familiare, sociale e lavorativo ed altro ancora.

Dei vari strumenti di cui ci si può avvalere nel processo di valutazione clinica, il colloquio si delinea come il più importante e completo, l'unico che permetta di cogliere la complessità del paziente all'interno di una prospettiva nuova e significativa: la relazione umana con il clinico. E' quindi necessario che questo rapporto sia sostenuto da un senso di fiducia e di collaborazione, perché diventa importante non tanto raccogliere dati completi sulla vita e sulle malattie del paziente, quanto sul suo comportamento durante l'incontro. Una delle differenze fondamentali tra il colloquio clinico ed ogni altra relazione umana consiste, infatti, nel far sì che la situazione si configuri soprattutto in base alle variabili legate alla persona esaminata (Bleger, 1964).

Il clinico esperto sa attingere informazioni preziose non solo dal contenuto esplicito delle risposte, ma anche da una più generale capacità di ascolto e di osservazione del comportamento, oltre che dalla consapevolezza delle emozioni evocate in lui dall'incontro con il paziente.

1.4. COLLOQUIO E TERAPIA

In molti casi il paziente si sottopone al colloquio clinico con la richiesta esplicita di intraprendere una psicoterapia. A volte questa richiesta nasce dal consiglio del medico di famiglia o di uno specialista, altre volte il paziente sarà stato orientato da letture più o meno approfondite, dai mezzi di informazione oppure da un conoscente che ha fatto la stessa esperienza.

In un colloquio destinato alla presa in carico del paziente ai fini di un trattamento psicologico l'atteggiamento dell'operatore sarà finalizzato, oltre che alla valutazione clinica, anche alla verifica delle reali motivazioni della persona e delle sue capacità di "insight", cioè di comprensione ed elaborazione degli elementi significativi emersi durante la conversazione. Semplici riformulazioni oppure piccole interpretazioni di prova potranno essere molto utili per cogliere questi aspetti. Sarà inoltre necessario definire uno specifico contratto nel quale il paziente ed il terapeuta si accordano sulla sede, l'orario, la frequenza degli incontri e naturalmente sull'onorario.

Va però sottolineato che, anche nei colloqui in cui ci si pone un obiettivo diagnostico, la particolare relazione che si instaura costituisce una possibilità importante per motivare il paziente al

cambiamento oltre che per un primo intervento sul piano terapeutico (Balint, Norell, 1973; Winnicott, 1971).

Per il paziente il colloquio è una rara occasione per presentare le proprie difficoltà ad un essere umano da cui spera finalmente di essere capito. Le aspettative di aiuto nei confronti del clinico sono quindi sempre molto elevate. In alcuni casi sarà proprio lui ad occuparsi in futuro del paziente attraverso una forma di terapia. La particolare qualità della relazione che si instaura permette frequentemente al paziente un'espressione più libera ed autentica di se stesso. Questo potrà comportare una parziale ridefinizione dei problemi, valutati in una prospettiva diversa, oltre che una diminuzione della sofferenza emotiva, in quanto la persona si sentirà ascoltata, capita ed aiutata, quindi non più sola.

L'elemento terapeutico nei colloqui clinici è sempre presente, anche quando non sia stato stabilito alcun contratto terapeutico ed il clinico non si sia posto esplicitamente nel ruolo di psicoterapeuta.

1.5. VALIDITA' ED ATTENDIBILITA'

Il colloquio non è l'unico strumento che abbiamo per la comprensione del paziente. Inizialmente, l'attività degli psicologi clinici era soprattutto basata su altre tecniche di valutazione come i **test intellettivi** (WAIS, Stanford-Binet), i **test proiettivi** (Rorschach, TAT) ed i **questionari di personalità** (MMPI). Queste procedure, ancora molto diffuse, forniscono misurazioni relativamente oggettive e standardizzate di alcuni aspetti dell'intelligenza e della personalità, permettendo, in alcuni casi, un'elaborazione dei dati attraverso la statistica e la matematica. Si tratta di strumenti sufficientemente affidabili perché generalmente soddisfano in modo accettabile i criteri di **validità** (cioè misurano effettivamente quello che si ritiene misurino) e di **attendibilità** (le loro rilevazioni non sono casuali, ma se ripetute, anche da operatori diversi, portano agli stessi risultati).

Studi condotti negli ultimi anni hanno tuttavia evidenziato la grande influenza dei fattori socioculturali sulla costruzione dei test psicologici e sul comportamento ed il rendimento di fronte ad essi, inducendo ad un atteggiamento più cauto e critico nel loro uso.

Certamente, in alcune occasioni, i test possono integrare una procedura di valutazione clinica fornendo elementi di convalida che nel corso di una ricerca o di una diagnosi differenziale possono risultare molto utili. Essi però non potranno mai sostituire il colloquio che, per ricchezza e duttilità, deve essere considerato lo strumento principale della psicologia clinica (Ravasini, 1980).

La situazione del colloquio, rispetto a quella dei test, è molto più flessibile ed aperta. Le sue potenzialità non si limitano alla sola valutazione clinica, ma permettono anche di instaurare un rapporto umano con il paziente, di fornirgli informazioni sulle alternative terapeutiche possibili, di motivarlo al cambiamento e spesso di prestargli un primo sostegno psicologico (Korchin, 1976). D'altronde questi vantaggi indiscutibili costituiscono allo stesso tempo i principali limiti del colloquio, soprattutto in termini di validità ed attendibilità.

La valutazione effettuata attraverso di esso è inevitabilmente legata alle caratteristiche personali del clinico come l'equilibrio emotivo, l'età, l'esperienza, l'orientamento teorico, i valori, la condizione sociale ed è improbabile che due colloqui condotti in momenti diversi e da operatori differenti portino a risultati identici.

Abbiamo visto, inoltre, che una condizione particolare del colloquio clinico è quella dell'instaurarsi di una relazione umana che permetta la comprensione del paziente. Questa relazione, per essere autentica, avrà necessariamente caratteristiche di unicità ed originalità che non saranno totalmente ripetibili in un'altra situazione. Il paziente poi avrebbe bisogno di molti incontri per manifestare tutte le reazioni emotive, i tratti del carattere, gli schemi di comportamento, le difese ed i ruoli psicosociali che gli sono tipici.

Per aumentarne l'attendibilità sono state proposte **forme di colloquio più o meno strutturate e standardizzate**, con alcune domande libere ed altre prefissate nell'ordine e nel contenuto. Questi procedimenti sono interessanti e risultano utili soprattutto nel campo della ricerca, ma limitano

fortemente la natura flessibile ed aperta del metodo, condizionandone il risultato. Il colloquio è una situazione naturale che, al contrario dei test, ricorda una conversazione della vita sociale quotidiana (Korchin, 1976). Ogni tentativo di controllarne e preordinarne il corso influenzerà notevolmente il campo dell'incontro e ne altererà il significato.

Forse i limiti del colloquio coincidono con quelli della psicologia clinica, ma l'operatore, se consapevole di questo, avrà una percezione più realistica ed umana delle proprie funzioni.

1.6. PRESUPPOSTI TEORICI

Dalle considerazioni finora esposte risulta evidente quanto la teoria del colloquio clinico moderno sia stata influenzata, oltre che dalla tradizione medica, dalla psicologia della Gestalt, dal comportamentismo, dagli studi sulla comunicazione e, soprattutto, dalla psicoanalisi.

Dalla **medicina** viene la concezione che vede l'uomo sofferente psichicamente come un *paziente* che ha una *malattia* le cui manifestazioni vengono chiamate *sintomi*. L'obiettivo diventa quello di riconoscere la *patologia* attraverso una *diagnosi* e di curarla con un'adeguata *terapia*.

Con la **psicologia della Gestalt** si è arrivati a concepire l'osservatore come elemento partecipe della situazione e non separabile dall'insieme, che è sempre influenzato dalla sua presenza.

Il **comportamentismo** ha dato valore all'osservazione ed alla valutazione del comportamento manifesto, compreso quello non verbale, permettendo lo sviluppo di una metodologia più rigorosa.

Gli **studi sulla comunicazione** hanno spostato l'accento dal mondo intrapersonale a quello delle relazioni interpersonali, sottolineando l'importanza del contesto.

Con la **psicoanalisi** il clinico ed il paziente sono diventati due esseri umani che provano sentimenti consci ed inconsci e che stimolano reazioni emotive nell'altro, comunicando attraverso di esse.

Nelle prossime pagine ci occuperemo degli aspetti teorici e tecnici del colloquio clinico e delle principali insidie che possono invalidarlo. Ci soffermeremo in particolare sulle problematiche relative ai colloqui nei quali il processo di valutazione clinica, cioè la comprensione del paziente, appare in primo piano.

2. TEORIA E TECNICA DEL COLLOQUIO

2.1. IL CONTESTO

Mentre in etologia l'osservazione e lo studio delle relazioni tra animale ed ambiente vengono da tempo prese in esame come fattori determinanti, nelle scienze che si occupano del comportamento umano si ha la tendenza a isolare l'individuo considerandolo separatamente dalle variabili esterne.

Ciò diventa particolarmente evidente negli studi sul comportamento patologico, dove le conseguenze di questo atteggiamento portano a occuparsi principalmente della mente umana come se fosse un'entità indipendente. Molti fenomeni restano così inspiegabili finché il campo di osservazione non viene allargato sufficientemente da includere il **contesto** nel quale si sono manifestati. Ogni gesto, ogni frase, assume significati differenti secondo la situazione, e questo fatto importante viene spesso trascurato. "Eppure chiunque si lavasse i denti in una strada affollata invece che nel proprio bagno rischierebbe di essere portato in gran fretta al commissariato o in manicomio" (Watzlawick et al., 1967).

Una persona che si sottopone ad un colloquio clinico nutre solitamente molte aspettative (consigli, chiarimenti, rassicurazioni, protezione, indicazioni terapeutiche) accompagnate da altrettanti timori relativi al pericolo di disapprovazione sociale, di intrusione, di perdita dell'autostima, di aumento della sofferenza sotto forma di ansia o sentimenti di colpa. L'individuo

osserverà attentamente l'ambiente e le persone che lo circondano al fine di coglierne le regole ed i valori per poterne, per quanto possibile, trarne vantaggio senza esserne danneggiato. Le sue risposte verbali e gestuali saranno quelle che egli riterrà opportune alla situazione. Più si sentirà minacciato, non rispettato, giudicato, meno sarà disposto a mettere in luce gli aspetti più intimi e fragili della propria personalità.

Alcuni studiosi che fanno riferimento al *Mental Research Institute* di Palo Alto in California, si sono particolarmente occupati degli effetti del contesto sulla comunicazione umana (Bateson, 1972; Sluzki, Ramson, 1979; Watzlawick et al., 1967). Secondo questa prospettiva, comunicazione e comportamento diventano praticamente sinonimi, così che non solo le parole, ma anche i fatti non verbali, il linguaggio del corpo ed il contesto in cui avviene la relazione sono fonti di comunicazione. Poiché non è possibile non avere un comportamento, perché il comportamento non ha un suo opposto, ne consegue che, comunque ci si sforzi, non è possibile non comunicare. Ogni comunicazione, inoltre, non solo trasmette informazioni relative al "contenuto" di un messaggio, ma al tempo stesso impone un comportamento influenzando e definendo la natura della relazione. Questo aspetto di comunicazione sulla relazione viene denominato **metacomunicazione** ed il contesto assume grande valore in tale senso.

Solo di rado le relazioni interpersonali sono definite chiaramente e consapevolmente. Le situazioni più gravi, però, sono caratterizzate da una lotta costante per definire la natura del rapporto, al punto che il contenuto della comunicazione diventa sempre meno importante. Così in un colloquio con un paziente psicotico, più che alle parole, sarà necessario prestare attenzione agli aspetti contestuali dell'incontro, e in particolare, come vedremo più avanti, al setting.

Anche nelle situazioni meno gravi, però, il contesto potrà essere più o meno facilitante ed influenzerà sempre lo svolgimento del colloquio stesso. Inoltre si riveleranno importanti non solo i fattori ambientali generali esterni ai due interagenti, come il trovarsi in un ambulatorio di un'istituzione pubblica oppure in uno studio privato a pagamento, ma ogni messaggio scambiato tra clinico e paziente entrerà a far parte di un particolare "contesto interpersonale" (Watzlawick et al., 1967) che influenzerà l'interazione successiva.

Una condizione ambientale confusa, ostile o che non garantisce la necessaria riservatezza, oppure un atteggiamento del clinico distratto e superiore, reticente o ambiguo, seduttivo e manipolatorio, potranno compromettere gravemente il risultato del colloquio.

Saranno importanti anche le modalità con le quali è stato inviato il paziente. Si è presentato da solo? E' stato convinto dai parenti? Ha seguito le indicazioni di un nostro collega? E come è stato fissato l'appuntamento? Direttamente dall'interessato? Tramite una telefonata? Con un incontro preliminare?

Inoltre avranno grande peso le eventuali informazioni che abbiamo raccolto sul soggetto. Come le abbiamo ottenute? Da un collega? Da un parente? Dall'interessato? Casualmente?

Siamo poi sicuri che l'esaminando conosca il nostro ruolo professionale? E l'istituzione in cui operiamo?

Conviene sempre chiarire con il paziente ogni elemento del contesto che potrebbe essere frainteso. E' frequente, infatti, che la situazione venga interpretata diversamente dai partecipanti con conseguente distorsione di ogni comunicazione.

Ritorniamo più avanti su questi aspetti parlando dei preliminari del colloquio.

Per meglio comprendere l'effetto del contesto può essere utile analizzare il processo di adattamento interpersonale tra paziente ed esaminatore attraverso la **teoria dei ruoli** (Canestrari, Ricci Bitti, 1982; Canestrari, 1984; Habermas, 1968; Stoetzel, 1964).

Per **ruolo psicosociale** si intende "*l'insieme dei comportamenti che gli altri legittimamente si attendono da una determinata persona*" (Stoetzel, 1964).

Ogni individuo, sin dai primi anni di vita, sperimenta una serie di ruoli differenti. Nel nucleo familiare si svilupperanno delle regole, delle consuetudini, dei valori, che sono dettati da influenze biologiche (sesso, età), sociali e culturali. Queste contribuiscono all'instaurarsi di relazioni specifiche così come alla caratterizzazione dei ruoli di madre, padre, figlio, nonno, zio. Il bambino deve adattarsi a questa situazione complessa che gli permette di sperimentare rapporti molto diversi

a volte caratterizzati da tenerezza, altre volte da tolleranza o autorità, secondo il ruolo proprio e delle persone con le quali interagisce. Attraverso il gioco gli sarà possibile identificarsi in atteggiamenti non suoi, alcuni riferiti a modelli reali, altri immaginari.

Con il passare del tempo l'individuo potrà assumere ruoli psicosociali sempre più numerosi e complessi (amico, studente, capo, gregario, lavoratore, marito, padre, cittadino, paziente) senza che il proprio equilibrio emotivo venga compromesso. Questo è possibile "solo se un sano sviluppo ha assicurato la capacità di risolvere in modo cosciente i conflitti di ruolo e di tollerare le ambivalenze dei ruoli come tali; di giocare questi in maniera autonoma disponendo di una coscienza morale flessibile" (Trombini, Rossi, 1978).

Una volta raggiunta l'età adulta alcuni di questi ruoli saranno primari e frequenti, altri secondari o latenti, in rapporto all'attitudine personale, al sesso, all'età, alla condizione culturale e sociale. Inoltre varierà il grado di identificazione con il ruolo. L'individuo, in alcuni casi, vi si adatterà solo superficialmente, rimanendo intimamente legato ad altri. Questi aspetti diversi dello stesso essere umano non contraddicono il senso di individualità e di identità, garantiti dall'impronta personale data dall'individuo alle diverse situazioni, ma sono piuttosto l'espressione di un processo di adattamento alla complessità dell'ambiente.

Inoltre la percezione del proprio ruolo e di quello attribuito agli altri dipende sia dal contesto che dalla storia personale del soggetto ed in particolare dalle relazioni più significative dei primi anni di vita (Habermas, 1968). In ogni essere umano i vissuti, i sentimenti e le fantasie legati a queste relazioni tendono a ripresentarsi nelle situazioni successive determinando quei fenomeni che sono noti sotto il nome di transfert. Come vedremo, contesto e transfert si influenzano in modo complesso determinando la percezione dei ruoli.

L'essere umano insicuro e dipendente tenderà ad assumere con frequenza atteggiamenti conformi alle aspettative degli altri, ma anche nell'individuo più autonomo e maturo si potranno distinguere numerosi ruoli, alcuni dominanti, altri occasionali, alcuni imposti, altri liberamente scelti.

Lo stesso clinico tenderà a manifestare nei confronti dei colleghi, dei pazienti, degli amici e dei familiari, aspetti diversi di se stesso (professionale, disponibile, confidenziale, insicuro, protettivo), ognuno dei quali legato ad un ruolo psicosociale differente.

Per quanto riguarda il paziente, egli non potrà certo esprimere in un colloquio tutti i ruoli psicosociali assimilati, ma tenderà a privilegiare quelli che di volta in volta gli parranno più adeguati al contesto. Come abbiamo visto egli potrà avere buoni motivi per vivere l'incontro come minaccioso e ciò lo porterà a percepire la figura dell'esaminatore in vario modo. E' quindi necessario individuare di volta in volta il ruolo in cui questi viene collocato e quello complementare in cui si pone il paziente.

Le varie situazioni ambientali ed il diverso atteggiamento dell'esaminatore potranno contribuire a fare percepire quest'ultimo come:

- a) un *giudice severo* che potrà decretare una condanna sociale bollandola con l'infamia della malattia mentale;
- b) un *terapeuta onnipotente* in grado di risolvere tutte le difficoltà e sollevare da ogni responsabilità;
- c) un'*autorità scientifica* capace di dare una spiegazione ad ogni problema;
- d) un *amico* con il quale sfogarsi;
- e) un *professionista con particolari competenze* al quale rivolgersi per un aiuto.

Secondo la diversa percezione che ha del clinico, il paziente tenderà ad assumere ruoli complementari improntati, secondo le occasioni, alla diffidenza, alla supplica, alla sottomissione, alla collaborazione. Solo una corretta valutazione del contesto permetterà di interpretare correttamente questi atteggiamenti.

2.2 IL SETTING

Il termine inglese **setting** (sfondo, messa in scena) indica la cornice in cui avviene l'incontro tra il clinico ed il paziente. Costituisce un aspetto particolare del contesto ed è paragonabile all'ambientazione di un romanzo oppure allo scenario di una rappresentazione teatrale, dove il tempo ed il luogo della storia sono già definiti sin dall'inizio.

Per la maggior parte dei clinici, principalmente quelli di orientamento psicoanalitico, è importante operare all'interno di una cornice fissa, senza ambiguità, che deve essere mantenuta e difesa da parte dell'esaminatore. Il setting deve rappresentare una specie di standardizzazione degli elementi di stimolo dell'incontro (Bleger, 1964), se viene modificato, il cambiamento deve essere considerato una variabile da sottoporre ad osservazione.

Questo particolare sfondo è costituito principalmente da due componenti: le condizioni materiali dell'incontro (luogo, tempo, modalità di pagamento) e l'atteggiamento dell'esaminatore.

Consideriamo alcuni di questi aspetti.

Le caratteristiche del **luogo** nel quale avviene l'incontro esprimono quanto rispetto ed interesse abbiamo del paziente e dei suoi problemi. Nessuno di noi accoglierebbe un ospite con il quale deve parlare di cose importanti in un ambiente scomodo e rumoroso. E' quindi necessario che la **stanza** in cui avverrà l'incontro sia sufficientemente confortevole ed isolata, in modo da garantire la dovuta riservatezza.

La **porta** è molto importante. E' fatta per essere chiusa ed aperta e questo fatto assume grande significato sia dal punto di vista concreto che simbolico. Non si può sostituirla con una tenda, né svilirne il valore lasciandola aperta oppure permettendo che chiunque la apra. La porta "è il confine, al limite può essere il confine corporeo del paziente, è sicuramente il limite al di là del quale non diremmo le cose che possiamo dire al di qua" (Semi, 1985). Dobbiamo quindi tenerla chiusa ed assicurarci che colleghi oppure altre persone di passaggio non ci disturbino. Questo vale particolarmente per chi opera in un'istituzione pubblica, dove chiunque lavora può sentirsi di casa e quindi in diritto di irrompere nella stanza degli altri anche per motivi banali. Il paziente apprezzerà molto il poter constatare che in quel momento siamo disponibili solo per lui, che rispettiamo la sua intimità e che non vogliamo essere interrotti.

Per le stesse importanti ragioni è preferibile evitare la presenza del **telefono**, che rappresenta la possibilità di un'improvvisa e sgradevole invasione da parte del mondo esterno (magari un altro paziente).

L'**arredamento** è altrettanto importante perché inevitabilmente comunica qualcosa sull'esaminatore, visto che accetta di lavorare in quell'ambiente. Non saranno tanto significativi i singoli oggetti, quanto l'intera *gestalt* della stanza, a determinare la quale concorrono il tipo di illuminazione (meglio soffusa e non fastidiosa), la tappezzeria, la tinta delle pareti, i quadri e gli altri oggetti decorativi e d'arredamento. L'insieme non deve apparire pretenzioso od ostentare ricchezza, ma deve comunicare al paziente la nostra intenzione di accoglierlo con gentilezza e metterlo a proprio agio.

Preferibilmente, clinico e paziente dovrebbero sedere in modo da potersi guardare o meno secondo il desiderio reciproco. Due poltroncine né troppo vicine né troppo lontane sembrano creare la condizione ideale. E' essenziale che siano comode, che non obblighino ad assumere posizioni particolari o viziate, che permettano al paziente di rilassarsi e di muoversi cambiando posizione se ne sente la necessità.

Alcuni preferiscono interporre, tra se ed il paziente, una scrivania od un tavolo, per potersi appoggiare e prendere appunti, oppure semplicemente per evitare a sé ed all'altro la completa esposizione del corpo. Per altri questa è una condizione limitante, ma non sembra comunque costituire un aspetto di grande importanza. E' molto più dannosa la presenza nell'ambiente di vistose attrezzature mediche oppure semplicemente di un armadietto colmo di medicinali. Questi, oltre ad attrarre la curiosità del paziente, possono indurlo a pensare che abbiamo intenzione di somministrargli terapie mediche e farmaci, anche se non ne ha alcun bisogno.

Un problema significativo è quello del **tempo**. Anche se non è possibile generalizzare troppo, visto che ogni paziente presenta problemi diversi, dobbiamo ritenere che chiunque non dedichi almeno 45 minuti ad un colloquio non possa servirsi di una tecnica psicologica che preveda l'ascolto e la comprensione del paziente. Incontri brevi sono possibili solo in situazioni particolari (per esempio un intervento d'urgenza in una situazione di crisi), ma non sono di alcuna utilità per un colloquio clinico a scopo diagnostico o terapeutico.

Ultima importante condizione materiale del setting è quella relativa al **pagamento**.

In una situazione libero professionale, solitamente, il clinico comunica il proprio onorario alla fine dell'incontro ed il paziente consegna il denaro direttamente a lui o alla sua segretaria. Questo gesto, però, non è privo di significati.

Innanzitutto occorre valutare l'ammontare della cifra, che deve essere dignitosa ed adeguata, tale da non svalutare il nostro intervento, ma neanche renderlo inaccessibile. Alcune variazioni potranno essere fatte considerando le esigenze particolari e le caratteristiche del paziente. Inoltre è necessaria la massima onestà per quanto riguarda l'aspetto fiscale. Come potremo chiedere ad un paziente di essere sincero, corretto e fiducioso se noi per primi ci proponiamo come degli evasori? E' noto che alcuni pazienti tendono, inconsciamente, a renderci dipendenti nei loro confronti. "Come un cittadino libero e non ricattabile diventa una persona imprevedibile e non controllabile, così uno psichiatra chiaramente onesto, (...), diventa una persona non manipolabile da parte del paziente" (Semi, 1985).

Diversa è la situazione per chi lavora in un servizio pubblico. In questo caso, la gratuità dell'incontro, oppure il suo pagamento indiretto, potrà presentarsi come un vantaggio economico per il paziente, ma può portare a svalutare, considerandola dovuta, la prestazione del clinico. Quest'ultimo, da parte sua, sarà tentato di dedicarsi al paziente con minore responsabilità, visto che comunque sarà pagato.

Risulta perciò chiaro che sia il pagamento (diretto o indiretto), sia la gratuità della prestazione, presentano vantaggi e svantaggi che sarebbe un errore sottovalutare.

Ci dedicheremo ora al secondo aspetto del setting: quello relativo all'**atteggiamento del clinico**. Anche quest'ultimo, con la propria presenza, contribuirà a determinare l'intera gestalt dell'ambiente. Così diventeranno importanti anche fattori personali come l'abbigliamento, la pettinatura, l'atteggiamento corporeo e l'espressione mimica.

Non esistono evidentemente regole generali, ma sono comunque da evitare i casi estremi, come un aspetto trasandato, barba e capelli trascurati, abiti inadeguati od eccentrici oppure, al contrario, atteggiamenti ed ornamenti che ostentano ricchezza e valori troppo lontani da quelli del paziente. Anche la componente gestuale va valutata, evitando di assumere pose stravaganti o che possono essere considerate scortesie ed offensive dal paziente. Su altri aspetti relativi all'atteggiamento del clinico che riguardano la sua posizione di ascolto, la neutralità e l'uso del controtransfert ritorneremo più avanti.

Rimane da considerare un problema apparentemente banale, ma in realtà delicato, sul quale esistono opinioni molto diverse. Tutti concordano sul fatto che **prendere appunti** che riassumano il colloquio è molto utile. La modalità di questa operazione, però, dipenderà dalla personalità e dalla formazione del clinico, oltre che dalla problematica presentata dal paziente.

In linea di massima, è molto raro che prendere appunti crei particolare disagio a quest'ultimo, ma è necessario sincerarsene. Gli si potrà dire: "Le dispiace se prendo qualche appunto? Mi permetterà di capire meglio". Questo chiarisce al paziente che lo ascoltiamo anche quando scriviamo. Egli, inoltre, si sentirà rassicurato dal fatto che quello che ci dirà non andrà dimenticato e sarà oggetto delle nostre riflessioni.

Alcuni clinici temono che lo scrivere appunti assorba troppo l'attenzione, rendendo meno disponibili alla osservazione del paziente. La pratica più saggia sembra essere quella di prendere il minimo di annotazioni durante il colloquio ed il massimo dopo. In ogni caso, è molto importante distinguere con chiarezza le risposte del soggetto dalle interpretazioni dell'esaminatore. Inoltre, soprattutto nel primo colloquio, è opportuno riportare le affermazioni del paziente il più fedelmente possibile, rinviando ad un momento successivo la riflessione sul loro significato.

La ricerca di un metodo preciso e completo per la raccolta dei dati osservati, ha indotto alcuni clinici ad utilizzare, durante le sedute, tecniche di **registrazione acustica** su nastro magnetico oppure la **registrazione audiovisiva** tramite videotape. In particolare quest'ultimo sistema è correntemente utilizzato dai clinici di orientamento sistemico-relazionale, maggiormente interessati alla analisi dei comportamenti espliciti ed ai processi di comunicazione. Si tratta quasi sempre di sedute di gruppo o di terapia familiare nelle quali ci si avvale di un **setting bicamerale** (Hoffman, 1981) in cui due ambienti comunicano tramite uno specchio unidirezionale. Da una parte si pone il terapeuta assieme al gruppo o alla famiglia, dell'altra, dietro allo specchio, vi sono alcuni osservatori con la funzione di supervisori e l'apparato di registrazione.

Non vi è dubbio che queste tecniche, sul piano della fedeltà e della completezza, siano molto valide. Sono state però espresse molte critiche sul piano etico, giuridico ed anche metodologico. Un osservazione di ordine etico è quella che l'uso di questi strumenti compromette l'atmosfera di intimità e riservatezza del colloquio. Anche se il paziente non solleva obiezioni riguardo alla registrazione, rimarrebbe comunque un disturbo nella relazione, che potrebbe favorire atteggiamenti narcisistici o al contrario di pudore, alterando la comunicazione. Questo vale anche per l'eventuale presenza di osservatori esterni, tanto più se nascosti da uno specchio unidirezionale, come nel caso del setting bicamerale. Alcuni ritengono che l'interferenza sia minima, altri sono molto più cauti. Il paziente, comunque, va avvisato e la registrazione non va mai fatta senza il suo consenso.

Rimane il fatto che una registrazione più fedele e completa del colloquio, come quella audiovisiva, permette l'autocontrollo ed il controllo dell'operatore da parte di altri: favorisce quindi i processi di apprendimento e di formazione degli operatori e si rivela utile ai fini della didattica e della ricerca.

Come si è detto, il valore del setting è stato sottolineato principalmente dalla **psicoanalisi**, che si è occupata di questi aspetti sin dai primi anni del secolo.

Freud, in una serie di scritti fondamentali (Freud, 1911-12; Freud, 1913-14), indicò le condizioni materiali in cui doveva avvenire l'incontro analitico: orari, frequenza delle sedute, posizione sdraiata del paziente, modalità di pagamento. Egli diede inoltre consigli relativi al *setting mentale* dell'analista parlando dell'atteggiamento che il medico doveva assumere nei confronti del paziente: attenzione fluttuante, assenza di ambizione terapeutica, controllo del controtransfert, cioè delle risposte emotive attivate dalle comunicazioni del paziente, ecc.. Di quest'ultimo aspetto ci si interessò molto dopo gli anni cinquanta (Menninger, 1958; Saraval, 1988), quando la comunità psicoanalitica cambiò atteggiamento riguardo alle emozioni del medico, che non furono più viste come un pericolo per la presunta oggettività dell'osservazione clinica, bensì come uno strumento importante per la comprensione della comunicazione inconscia del paziente. Dopo di allora si sono sviluppate principalmente due posizioni complementari relative al problema del setting sia ambientale che mentale (Bolko, Merini, 1988).

La prima ritiene che la possibilità di coinvolgimento emotivo del paziente e dell'analista e di comprensione di quanto accade siano legate alla presenza di una cornice precisa, in grado di controllare e contenere le loro esperienze mentali (Bion, 1962). L'analizzando si adatta gradualmente a questa condizione regredendo e sviluppando la nevrosi di transfert. L'analista, con il proprio atteggiamento legato alla neutralità, all'attenzione fluttuante, all'empatia, oscilla continuamente in rapporto alle vicende del processo analitico, cioè all'evoluzione del transfert e del controtransfert. Il riconoscimento e la consapevolezza di tali oscillazioni emotive rende possibile il loro riferimento al paziente ed un ampliamento della conoscenza. Tale riconoscimento è possibile solo in riferimento ad una cornice stabile. Il setting diventa quindi "il contenitore di lavoro dell'analista" (Hautmann, 1979) e risulta importante per la sua salute mentale. Se il clinico, per soddisfare i desideri pulsionali infantili del paziente, modifica il proprio atteggiamento oppure le condizioni materiali del setting (per esempio prolungando senza una grave ragione una seduta), impedirà il completo sviluppo della nevrosi di transfert, si troverà più confuso e renderà la terapia più lunga e meno efficace (Greerson, 1967).

Un secondo orientamento del pensiero psicoanalitico ha particolarmente approfondito l'aspetto terapeutico del setting partendo dalle esperienze di trattamento dei pazienti più gravi. Come il

bambino piccolo ha bisogno di una madre che svolga per lui la maggior parte delle funzioni fondamentali e che capisca ed accolga le sue esperienze mentali, così il paziente grave ha bisogno di una situazione in grado di contenere ed elaborare la propria sofferenza psichica. In questo caso, il normale atteggiamento interpretativo dell'analista può essere inutile o persino dannoso (Balint, Balint, 1968). Il setting diventa allora molto più importante delle parole perché permette l'*holding*, cioè riproduce l'antica esperienza delle cure materne (Winnicott, 1958) appagando i bisogni più semplici.

Queste due posizioni della psicoanalisi appaiono complementari e devono far riflettere sulla grande importanza che ha il setting per ogni situazione clinica e quindi anche per il colloquio. Da un lato una cornice precisa permette un più facile riconoscimento delle dinamiche emotive del paziente, dall'altro si prospetta come un elemento di grande valore terapeutico, capace di contenere ed alleviare le ansie più profonde ed i bisogni primitivi del paziente.

2.3. LA COMUNICAZIONE VERBALE

Le parole, come ogni forma di comunicazione, possono fornire due tipi di informazioni. Le prime sono relative al **contenuto**, cioè alle dichiarazioni esplicite, ai concetti ed ai fatti che ci vengono raccontati. Un secondo gruppo di informazioni ci dice qualcosa sulla natura della relazione, assumendo un valore di **metacomunicazione**. E' quindi necessario approfondire alcuni aspetti formali relativi alla comunicazione verbale all'interno del colloquio clinico.

Innanzitutto è importante che il **linguaggio** utilizzato durante il colloquio sia in linea di massima quello del paziente. Questo non vuol dire che dobbiamo imitare l'altro facendogli il verso, il che oltretutto potrebbe apparire falso ed offensivo. Il clinico deve cercare di utilizzare il linguaggio del paziente nel senso che deve cercare di identificarsi transitoriamente con l'altro, trovando dentro di sé elementi di similitudine ed utilizzando un livello di comunicazione che, per quanto possibile, sia capito e condiviso da entrambi (Semi, 1985, 1992).

Dobbiamo essere in grado di comprendere le metafore che ci sono offerte ed utilizzarle nei nostri interventi, soprattutto se si tratta di **riformulazioni**. In questo caso uno spostamento di accento anche lieve negli elementi esposti dal paziente può permettere a quest'ultimo di vedere le cose da un punto di vista diverso, sentendosi partecipe di questo risultato.

Dobbiamo porci vicino al paziente anche dal punto di vista della **lingua**. In molte parti del nostro paese, ad esempio, è ancora molto frequente l'uso del *dialetto*. La persona che abbiamo di fronte potrebbe cercare di esprimersi in italiano corretto, anche se normalmente non lo utilizza. Ciò può avvenire per una forma di rispetto nei nostri confronti, ma non va dimenticato che usare un linguaggio diverso da quello abituale può avere origini difensive ed essere un modo per nascondersi (Semi, 1985).

Per le stesse ragioni capita frequentemente che il paziente si sforzi di utilizzare concetti psicologici e termini scientifici, cercando di imitare quello che ritiene il nostro linguaggio. Il *linguaggio tecnico* è per noi uno strumento molto prezioso perché ci consente di comunicare facilmente con chi lo conosce, inoltre ci permette di pensare con maggiore chiarezza, precisione e capacità di sintesi. E' però necessario non utilizzarlo con le persone che vengono a consultarci, con le quali dobbiamo esprimerci sempre in un linguaggio di uso corrente (Semi, 1985). Oltre all'elemento difensivo a cui si è prima accennato, possono infatti sorgere confusioni e fraintendimenti sul significato delle parole. Termini come esaurimento nervoso, psicosi, mania, crisi, non hanno lo stesso senso per lo psichiatra e l'uomo comune.

Il tipo di **vocabolario**, la ricchezza del **lessico** e lo **stile espositivo** del paziente possono essere considerati segnali indicativi della sua intelligenza, della cultura e della posizione sociale.

Può naturalmente non essere possibile utilizzare lo stesso linguaggio e la stessa lingua (per esempio con un paziente straniero), ma in questo caso bisognerà tenere presente che la validità del colloquio sarà limitata.

Passiamo ora ad esaminare gli aspetti legati alle informazioni esplicite della comunicazione verbale, cioè il suo **contenuto**.

Come vedremo più avanti, i pazienti possono iniziare la conversazione in molti modi diversi. In ogni caso, dopo una prima fase del colloquio in cui lasciamo che il paziente si esprima liberamente, senza quasi interferire, è spesso necessario approfondire gli **aspetti biografici** con domande mirate a colmare le lacune ed a chiarire gli elementi emersi che riteniamo più importanti. E' consigliabile esplorare almeno i seguenti punti (Ravasini, 1980):

- gli antecedenti personali fisiologici e psicosociali (infanzia, scolarità, lavoro, ecc.);
- la famiglia di origine (genitori, fratelli, nonni, ecc.);
- l'eventuale famiglia attuale (coniuge, figli, altri componenti);
- stato di salute (malattie, abitudini di vita, ecc.).

Verrà poi rivolta particolare attenzione a quegli elementi che successivamente consentiranno di formulare una corretta valutazione psicologica. In particolare:

A) La *pregenitalità*, soprattutto per quanto riguarda gli aspetti orali (appetito alimentare ed affettivo, bisogni, avidità, tendenza alla dipendenza) e quelli anali (pulizia fisica ed ordine morale, meticolosità, tenacia, rapporti con il denaro, problemi relativi al controllo, al trattenere e all'espellere);

B) La *genitalità* e in particolare i problemi legati alla masturbazione (normale assente, ossessiva? Iniziata a che età? E' continuata in età adulta e con che modalità? Quali fantasie la accompagnano?), alle relazioni sessuali e sentimentali (appaganti, insoddisfacenti, sadomasochiste, simbiotiche, legate a bisogni di fuga, di dipendenza, ecc.). Questi sono argomenti sui quali è meno semplice parlare perché vissuti come intimi ed imbarazzanti. E' importante porre le domande in modo semplice e naturale. Si può essere scorretti sia nell'eccesso di discrezione che di curiosità. Se l'operatore si accorge di non essere sereno affrontando questi problemi è necessario che rifletta su di sé.

C) L'*attività onirica* deve essere esplorata (Il sonno è appagante? E' presente insonnia? Di che tipo? Si ricorda dei sogni? Alcuni di questi sono ricorrenti?) senza cedere ad alcuna velleità, peraltro assurda ed inutile, di interpretazione "selvaggia".

D) Le *relazioni familiari e sociali* infine devono essere esaminate con cura e precisione: i vissuti relativi alla relazione coniugale ed al ruolo genitoriale, i rapporti professionali (con i colleghi, con i superiori, con i subalterni, le aspettative e le delusioni nei confronti del lavoro), le amicizie, gli svaghi, i passatempi.

In questa esplorazione biografica è indispensabile un atteggiamento discreto e non direttivo. A volte, però, è necessario, con delicata fermezza, riportare il paziente a temi specifici, aiutandolo in un'esposizione più chiara ed ordinata. E' il caso soprattutto di pazienti euforici o confusi, che hanno difficoltà a mettere a fuoco un argomento ed a comunicare con precisione su di esso.

Esaminiamo ora un aspetto della comunicazione verbale che può apparire paradossale, quello del **silenzio** del paziente e del clinico.

Come si è detto, non è possibile non avere un comportamento, quindi non è possibile non comunicare. Chi si sforza di negare questo aspetto, come lo schizofrenico, si pone su un piano relazionale distorto e fonte di patologia. Così anche il silenzio del paziente assume un preciso significato comunicativo.

Può essere prima di tutto espressione di meccanismi di difesa psichica (come la rimozione, l'isolamento, la negazione, la proiezione o la regressione) che proteggono dall'emergere di emozioni e desideri infantili che il paziente teme di non poter controllare. In questo caso la zona orale e la funzione del parlare viene posta al servizio di impulsi parziali (orali, anali, edipici) ed il tacere rappresenta il tentativo di soddisfare l'istinto, ma anche di difendersi da esso.

In alcune occasioni queste difese sono la conseguenza di un atteggiamento scorretto del medico che ha fatto sentire il paziente in pericolo oppure giudicato.

In altri casi il silenzio è espressione di disturbi delle funzioni cognitive oppure di un timore eccessivo verso il clinico, conseguenza di un conflitto sul piano del super-io (Sullivan, 1967; Cremerius, 1971a, 1971b).

Reik, che invita a "saper ascoltare con il terzo orecchio", distingue il tacere ed il parlare dal punto di vista della patologia delle pulsioni. Il parlare è una manifestazione di amore, il tacere è espressione della pulsione di morte (Reik, 1948).

Il silenzio assume inoltre importanza nei processi di transfert e di controtransfert, come pure ha significato sul piano della tecnica.

Bisogna perciò riconoscere i vari tipi di silenzio (paranoide, depressivo, fobico, confuso, riflessivo, contemplativo) ed intervenire sulla base di tali conoscenze (Bleger, 1964).

Come sappiamo, il paziente che tace è solitamente un incubo per il clinico alle prime esperienze. La persona che si mantiene a lungo in silenzio, infatti, sollecita in chi gli sta davanti sensazioni controtransferiali ed impulsi del tutto particolari, che, se non sono sufficientemente compresi ed elaborati, impediranno il normale svolgimento del colloquio.

Qualcuno, sentendosi insicuro, si chiederà se ha sbagliato qualcosa o sarà spinto ad agire tempestando di domande il paziente. Altri potranno essere attratti dalla voglia di porsi loro stessi in una posizione passiva, lasciandosi sprofondare nel regno dell'inconscio. Altri ancora desidereranno aiutare il paziente proteggendolo, dandogli calore e assumendosi le sue responsabilità. Il silenzio, infatti, è la forma di comunicazione che contraddistingue il primitivo rapporto madre-bambino e ripropone la fusione originaria.

Il tacere determina anche frustrazioni dei bisogni pulsionali del medico, che non potendo gratificare il proprio desiderio di attività e la propria ambizione terapeutica si sentirà impotente ed insoddisfatto. Questo può generare in lui una forte aggressività ed un sentimento di disprezzo. Ciò lo potrà portare a prendere inconsciamente le distanze dal paziente, rifiutandolo, oppure a intervenire in modo intrusivo e inappropriato manifestando la propria potenza. Alcuni pazienti, per motivi difensivi, stimolano deliberatamente questi comportamenti.

"Chi vuol capire un'altra persona la deve ascoltare. Quanto più a fondo la vuol capire, quanto più vuol capire i segreti motivi del suo agire, tanto più deve dare spazio all'altro, affinché questo possa mostrarsi ed esprimersi. Viene dato spazio all'altro quando il medico si ritira e tace; e in questo silenzio, pieno di ascolto, accogliente e partecipante, si concreta, all'inizio, il nostro lavoro"(Cremerius, 1971b).

La nostra opinione è che il clinico debba sapere sopportare questi silenzi senza impazienza, ma anche senza eccesso di compiacimento. Infatti, se nell'ambito di una terapia psicoanalitica i silenzi (sia dell'analista che dell'analizzando) hanno un loro significato ed una funzione che può essere pienamente colta solo attraverso il lavoro interpretativo e l'analisi del transfert, diversa è la situazione di un colloquio. Il paziente ha naturalmente il diritto di tacere, ma la realtà del colloquio implica che egli è lì per parlare. Silenzi troppo lunghi non sono di alcuna utilità: tanto vale con calma, serenamente, cercare di mobilitare la situazione ponendo al paziente alcune semplici domande, volte proprio a comprendere le ragioni del suo silenzio.

2.4. LA COMUNICAZIONE NON VERBALE

La cultura umana si è sviluppata principalmente grazie alle capacità della nostra specie di comunicare attraverso le parole. Tramite il linguaggio verbale ed i suoi derivati, come la scrittura, è possibile indicare le cose e descriverle con precisione, organizzare il pensiero in modo logico e trasmettere la nostra esperienza alle generazioni future.

La grande importanza che ha assunto la parola per l'essere umano lo ha spinto a sottovalutare quelle forme di **comunicazione non verbale** che ha in comune con le altre specie. Queste componenti costituiscono la parte più primitiva ed istintuale del nostro sistema comunicativo. Per gli animali e per i bambini piccoli rappresentano pressoché l'unica forma di comunicazione. Si tratta

di un linguaggio potente ed immediato, tramite il quale è possibile comunicare aspetti di noi che le parole non riescono ad indicare efficacemente. Attraverso segnali non verbali possiamo esprimere emozioni e sentimenti, possiamo manifestare l'idea che abbiamo di noi stessi e del nostro corpo e comunicare su aspetti che riguardano la relazione interpersonale. Il linguaggio non verbale può inoltre rinforzare e chiarire quello verbale, ma anche contraddirlo o sostituirsi ad esso.

Si tratta di un linguaggio molto istintivo, nella maggior parte espresso in modo inconscio, perciò è molto difficile controllarlo o mentire attraverso di esso.

Prendendo spunto dal linguaggio dei calcolatori, questa forma di espressione non verbale è stata anche chiamata **comunicazione analogica** (dal greco *analogia*: relazione di somiglianza), perché con essa si trasmettono elementi significativi attraverso processi basati sulla similitudine (un pugno serrato esprime rabbia perché ricorda un atto di violenza). Il linguaggio verbale di conseguenza è detto anche **comunicazione digitale** (dal latino *digitalis*: relativo alle dita), perché "indica" in modo preciso oggetti, concetti e situazioni senza avere con esse alcun legame di somiglianza (la parola libro non assomiglia affatto ad un libro).

L'aspetto analogico della comunicazione non verbale la rende immediata e facilmente comprensibile, anche se poco precisa rispetto al suo contenuto. Un bambino di pochi mesi, per esempio, è in grado di cogliere da segnali non verbali lo stato emotivo e la sincerità affettiva di un adulto. Più si sviluppa la capacità di comunicare attraverso le parole, maggiore però è la tendenza a sottovalutare le informazioni non verbali. Questo vale anche per la situazione del colloquio clinico, nella quale l'operatore si trova ad esaminare un paziente utilizzando ipotesi e teorie, come quella psicoanalitica, che storicamente privilegiano l'uso della parola. Il riconoscimento degli aspetti non verbali diventa tuttavia necessario per una comprensione adeguata di quanto accade nella relazione con quella persona.

La comunicazione non verbale è molto complessa e si manifesta con modalità diverse che interagiscono tra di loro (Duncan, 1969; Mainardi, 1974; Fraser, 1978; Canestrari, Ricci Bitti, 1982; Cipolli, Moja, 1991) (Vedi Tabella 1). Molti di questi aspetti non sono innati, ma appresi, alcuni sono caratteristici di una specifica persona, altri sono più frequenti in un dato gruppo o socialmente condivisi.

Si possono innanzitutto distinguere elementi strettamente correlati al linguaggio verbale come quelli intonazionali e paralinguistici.

L'**intonazione** riguarda le differenze di intensità con la quale si pronunciano le parole, assieme alle sottolineature ed alle congiunzioni utilizzate per segnare i confini delle unità di un discorso. Incide su parti più o meno ampie del dialogo indicando cambiamenti nel significato. Così un accento posto su una parola specifica può essere determinante per il senso della frase.

Anche il **paralinguaggio** è strettamente correlato all'espressione verbale. Con questo termine si indicano elementi non verbali del discorso come la qualità della voce (timbro, risonanza, volume, pronuncia) ridere, piangere, sospirare, tossire, sbadigliare, certi vocalizzi aggiuntivi ("ah", "uhm", "oh"), le pause, le esitazioni e l'uso del silenzio. I fenomeni paralinguistici sono stati studiati come indici del tipo di risposta emotiva (ansia, rabbia, depressione, euforia) e come rivelatori di conflitti psichici inconsci (ricordiamo l'importanza data da Freud alle esitazioni ed ai lapsus del paziente).

La **cinesica** comprende gli aspetti della comunicazione non verbale relativi ai movimenti facciali e corporei.

Lo **sguardo** e l'**espressione del volto** trasmettono importanti informazioni circa l'attenzione, la comprensione, il consenso e soprattutto i sentimenti dell'individuo. Il volto è infatti un'area di comunicazione specializzata nel manifestare le emozioni. Quando mancano altre informazioni, questi fattori risultano di particolare importanza nell'orientare i rapporti interpersonali (Canestrari, 1984). I movimenti degli occhi e del viso, assieme alla **gestualità** dell'intero corpo, in particolare i **gesti delle mani** ed i **cenni del capo**, oltre che esprimere lo stato emotivo, si manifestano come fattori di regolazione della comunicazione. Essi sono emessi, intenzionalmente o no, per orientare l'attenzione, sottolineare una affermazione, controllare il flusso della conversazione o per interromperla. Un cenno di assenso del capo può farci capire che l'ascoltatore comprende il nostro

discorso e ci incoraggia a proseguire, uno sguardo assente ci comunica il suo disinteresse, una mano protesa in avanti a palme aperte manifesta l'intenzione di interromperci, e così via.

Anche il **comportamento spaziale** si rivela un importante elemento della cinetica in quanto indice del tipo di relazione che gli individui instaurano tra di loro. La **postura** del corpo (in piedi, seduto, composto, rigido, rilassato, a gambe unite o aperte, distese o raccolte), il suo **orientamento** (proteso verso l'interlocutore, rivolto all'esterno, di spalle) e in particolare la **distanza** che gli individui pongono tra di loro sono rivelatori del grado di intimità e di confidenza dell'incontro, della disponibilità personale oltre che del ruolo assunto dai partecipanti.

Anche attraverso il **tatto** (una carezza, una stretta di mano, un abbraccio) ed attraverso l'**olfatto** (gli odori corporei, i profumi, i deodoranti) si possono emettere segnali non verbali significativi. Per molte specie questi sono della massima importanza per la delimitazione del proprio territorio e come manifestazione del comportamento sessuale. L'uomo invece tende a dimenticarsi di questi aspetti, attribuendo molta più importanza, per motivi culturali, all'**aspetto esteriore** (estetica del volto, capigliatura, trucco, conformazione corporea, abbigliamento). Questi elementi, che non cambiano nel corso di una conversazione, vengono definiti "stabili", ma costituiscono anch'essi una fonte di informazione ed una modalità di comunicazione importante per l'ambiente sociale.

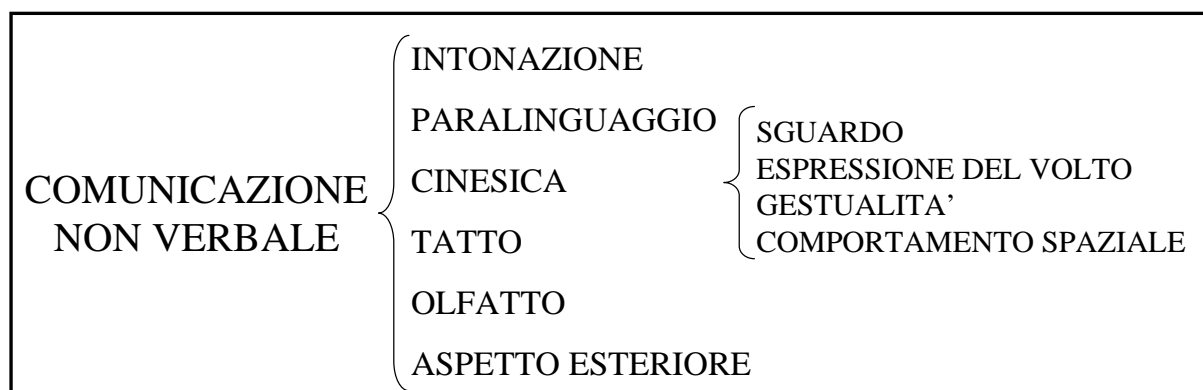


Tabella 1- La comunicazione umana

2.5. GLI ASPETTI EMOTIVI, IL TRANSFERT ED IL CONTROTRANSFERT

Il colloquio è una relazione tra due persone e questo comporta un condizionamento dei rispettivi comportamenti attraverso la comunicazione verbale e non verbale. Se il colloquio è ben condotto, la comunicazione che si stabilisce è in prevalenza indicativa della personalità del paziente ed in particolare della natura delle sue relazioni interpersonali. Uno dei compiti più difficili del clinico è quello di imparare a stimolare questa condizione, rimanendo consapevole del proprio contributo e di quello del paziente.

Quest'ultimo desidera raccontare la propria storia, parlare dei problemi e delle angosce che lo affliggono, ma ne è impedito dal desiderio di ottenere e conservare l'approvazione e l'aiuto dell'esaminatore. Tutti i pazienti manifestano in misura maggiore o minore questo conflitto, ognuno però differisce dagli altri per le esperienze che lo hanno condotto alla difesa di sé, così come ogni clinico è diverso per quanto riguarda le capacità di stimolare o ridurre tali comportamenti. D'altronde nessuna persona psicologicamente in difficoltà potrà essere aiutata se non vi è in lei una sufficiente **motivazione** ad uscire dallo stato di disagio e di sofferenza in cui si trova. Analogamente si potrà ritenere che nessun operatore psicologico potrà esercitare correttamente la sua professione se non vi è in lui un genuino desiderio di comprendere ed aiutare l'altra persona e se non sono presenti quelle doti di tenacia, di tolleranza, di pazienza e di autocritica che permettono di

perseverare nel tempo in un compito che è sempre difficile e frustrante e che talora può essere vissuto come impossibile (Ravasini, 1979).

I desideri, i conflitti e le difese sollecitati dalla condizione del colloquio stimolano risposte emotive che costituiscono un indice prezioso dell'andamento della relazione. Esse vanno riconosciute attentamente dall'osservatore che deve prendere in considerazione sia le proprie che quelle dell'esaminando.

Spesso un paziente chiede aiuto quando prova **ansia** o si sente disturbato dai comportamenti difensivi che sono stimolati da questa, ad esempio una fobia. Nell'incontro con il clinico "tanto l'ansia che queste difese possono aumentare, poiché l'ignoto che egli deve affrontare non è costituito soltanto dalle novità della situazione esterna, ma anche dal pericolo rappresentato per lui da quella parte della personalità che gli è sconosciuta. Se tali fattori non compaiono, fare in modo che emergano, in qualche misura, durante il colloquio, fa parte della funzione che ha l'esaminatore di motivare l'esaminando" (Bleger, 1964). Questo può essere ottenuto con caute interpretazioni, lievi sottolineature e ridefinizioni tese a rendere meno efficaci le difese del paziente. E' invece sconsigliabile intervenire con parole consolatorie, consigli o altri aiuti diretti che possano reprimere o svalutare l'ansia. Questi interventi, oltre ad impedire un'espressione autentica dell'individuo, sono probabilmente gli stessi che familiari ed amici hanno tentato senza successo.

E' importante ricordare che un utilizzo corretto dell'ansia (sia nel senso di una sua mobilitazione che di una sua diminuzione) è possibile solo quando se ne comprenda il significato integrandolo con la conoscenza più generale dei conflitti, delle difese e della struttura di personalità del paziente (Kernberg, 1983). E' necessario tenere sempre conto del beneficio che il paziente trova nel nostro intervento, "per cui anche di fronte a situazioni estremamente chiare non bisogna essere attivi se questo significa opprimere l'esaminando con conflitti che non è in grado di tollerare" (Bleger, 1964). Si deve saper riconoscere la situazione ed il momento giusto per intervenire.

Anche l'osservatore, però, sarà talvolta afflitto dalla propria ansia (legata al bisogno di intervenire, di aiutare il paziente o di proteggersi da questi) e di fronte ad essa tenderà a ricorrere a comportamenti difensivi. E' necessario quindi che egli riconosca questi aspetti, imparando a contenerli e ad utilizzarli in modo appropriato.

Per comprendere a fondo le risposte emotive evocate dall'incontro è fondamentale la consapevolezza dei processi di transfert e controtransfert. Questi sono fenomeni che compaiono in qualsiasi relazione, ma è solo in un colloquio clinico che possono essere riconosciuti e compresi correttamente.

Il transfert del paziente consiste nella ripetizione, nei confronti del medico, di sentimenti, atteggiamenti e comportamenti inconsci che corrispondono a modelli elaborati nel corso dello sviluppo ed in particolare nell'ambito delle relazioni familiari. Si tratta di una riedizione di prototipi infantili che è vissuta con un forte senso di attualità e costituisce il terreno sul quale si fonda ed agisce la psicoanalisi (Laplanche, Pontalis, 1967).

Il transfert pone il clinico in contatto con aspetti del comportamento e della personalità del paziente che non rientrano fra gli elementi che quest'ultimo può riferire coscientemente. Fin da bambino egli ha imparato, come tutti, a prevedere le reazioni dei genitori e delle altre persone per lui significative. In seguito ha utilizzato molte di queste previsioni con persone diverse. Questa applicazione di previsioni alle relazioni successive talvolta lo ha guidato correttamente, altre volte lo ha tratto in inganno, ma è sempre stata giustificata da ragioni di assonanza.

Come abbiamo visto, durante il colloquio può accadere che il paziente viva il clinico come un protettore paterno, oppure un giudice autorevole od un taumaturgo dotato di poteri magici, di conseguenza l'atteggiamento del soggetto potrà essere inquieto, diffidente, fiducioso, implorante, e così via. Questa, che è apparentemente una percezione errata della realtà, trova giustificazione nella possibilità che ha ognuno di noi di rivivere modalità di relazione già sperimentate con persone che (per la posizione, l'età, il sesso, l'autorevolezza, la disponibilità ad aiutare) ci ricordano i personaggi significativi del nostro passato. Questo processo corrisponde al transfert. La conoscenza dei vissuti precedenti, spesso molto antichi, che sono trasferiti nella situazione attuale è quindi molto importante per la comprensione e la conduzione di un rapporto interpersonale. Il clinico deve porre

molta attenzione a come il paziente lo percepisce, innanzitutto perché può osservarlo direttamente senza dipendere dagli altri nella valutazione e secondariamente perché gli si offrono spunti importanti sulle difficoltà incontrate dall'individuo con le altre persone.

Durante il colloquio la relazione con il paziente è un complesso mutevole di comportamenti e di vissuti che include modificazioni sia nell'esaminato che nell'esaminatore. Se è vero che le prime impressioni ed i primi vissuti di entrambi sono estremamente importanti per capire le modalità del paziente nel rapportarsi con gli altri, anche le modificazioni che intervengono nel corso dell'incontro devono essere oggetto di attenta valutazione.

E' più frequente che all'inizio prevalga un atteggiamento di accettazione reciproca ed un contegno socialmente adeguato. In altri termini, in una situazione nuova, il nostro comportamento tende dapprima ad adeguarsi al **ruolo psicosociale** che riteniamo più adatto. In questo modo teniamo le distanze e possiamo studiare il nostro interlocutore. Abbiamo visto nelle pagine precedenti quanto il contesto sia importante per la valutazione del nostro ruolo e di quello che attribuiamo agli altri. Le informazioni dell'ambiente, le caratteristiche del setting ed il comportamento verbale e non verbale del clinico forniscono elementi che ricordano al paziente situazioni relazionali già vissute in passato inducendolo a schemi di comportamento già noti. In questo modo contesto e fenomeni di transfert si influenzeranno vicendevolmente integrandosi nella determinazione e nella percezione dei ruoli.

Dopo un primo momento più formale, di valutazione reciproca, il colloquio potrà trasformarsi in una situazione maggiormente confidenziale, accorciando le distanze e rivelando tratti del paziente che prima erano nascosti. Anche l'osservatore risuonerà più intimamente avvertendo emozioni, fantasie e sentimenti suscitati in lui dall'esaminato. In risposta a questi può capitare che il clinico faccia o manchi di fare qualcosa, frustrando le aspettative del paziente oppure alimentandole eccessivamente, offendendolo e ferendolo oppure lusingandolo senza volerlo. In alcuni casi è possibile sperimentare direttamente come sia il paziente stesso a determinare le condizioni di cui si lamenta e si sente vittima. Anche questi eventi, quando si verificano, vanno scrupolosamente considerati e da essi vanno tratte indicazioni per la valutazione clinica e la terapia.

Il termine **controtransfert** si riferisce ai fenomeni che si manifestano nell'operatore durante il colloquio come risposta al transfert del paziente (vedi Tabella 2). Essi dipendono soprattutto dalla storia personale dell'esaminatore, ma il fatto che si attualizzino in quel momento significa che nel colloquio vi sono fattori che agiscono in tal senso. Il controtransfert rappresenta la reazione emotiva del medico alla attribuzione dei ruoli operata su di lui dal paziente. Si tratta di uno strumento prezioso per la comprensione del soggetto, ma non è facile da gestire perché richiede preparazione, molta esperienza ed equilibrio emotivo.

-
- Incapacità di capire un certo tipo di materiale che ha attinenza con i problemi personali del clinico.
 - Sensazioni di depressione o disagio con certi pazienti.
 - Trascuratezza nel rispetto degli accordi: dimenticare l' appuntamento con il paziente o arrivare in ritardo, prolungare il colloquio senza alcuna ragione particolare.
 - Persistente sonnolenza durante l'incontro.
 - Esperienza di sentimenti erotici o affettivi verso un paziente.
 - Ricerca di sicurezza, espedienti narcisistici come tentare in vari modi di fare impressione sul paziente, oppure sui colleghi vantando l'importanza del proprio paziente.
 - Stimolare la dipendenza del paziente, specialmente con rassicurazioni non necessarie.
 - Impulso a fare pettegolezzi professionali relativi ad un dato paziente.
 - Asprezza non necessaria, di tipo sadico, nella formulazione di commenti ed interpretazioni ed il contrario.

- Pensare che il paziente debba guarire per non danneggiare la reputazione ed il prestigio del medico.
- "Tenersi ben stretto il caso" per eccessiva paura di perdere il paziente.
- Provare consciamente soddisfazione delle lodi, dell'apprezzamento e delle prove d'affetto del paziente.
- Essere infastidito dai persistenti rimproveri e dalle accuse del paziente.
- Discutere polemicamente con il paziente.
- Rassicurare prematuramente il paziente contro lo sviluppo dell'angoscia .
- Tentare di aiutare il paziente con interventi esterni, per esempio di tipo economico.
- Tendenza coatta ad insistere su certi argomenti.
- Impulso ricorrente a chiedere favori al paziente.
- Improvviso aumento o diminuzione di interesse.
- Sogni relativi ad un paziente.

Tabella 2- Alcune forme di controtransfert (Fonte: Menninger, 1958, modificato)

Il ruolo dell'operatore durante il colloquio è quindi molto complesso: deve identificarsi, ma in parte non rimanere coinvolto; deve osservare e osservarsi; deve sostenere e comprendere i ruoli che gli vengono assegnati dal paziente, senza tuttavia assumerli interamente.

Agire il controtransfert ed interpretare il ruolo assegnato oppure rifiutare di sostenerlo produce una distorsione profonda nella dinamica del colloquio e rende difficoltoso valutare la situazione. Una mancata comprensione del proprio controtransfert può portare l'operatore a sviluppare dei **comportamenti fobici ed ossessivi** che lo indurranno ad evitare il colloquio oppure ad innalzare delle barriere difensive per sfuggire al contatto personale ed dall'ansia che ne deriva (Bleger, 1964). Reazioni fobiche possono manifestarsi nella fretta eccessiva di capire e di fare diagnosi, oppure nell'evitare di esplorare determinate aree conflittuali. Difese di carattere ossessivo possono esprimersi in colloqui stereotipati ed ordinati come rituali, con domande sempre uguali e risposte prevedibili, oppure nella tendenza compulsiva alla prescrizione dei farmaci.

Anche il clinico, quindi, potrà essere spinto all'utilizzo di meccanismi di difesa inconsci (rimozione, negazione, proiezione, spostamento, razionalizzazione, ecc.) per evitare il disagio e la sofferenza stimolati dall'incontro. Queste reazioni non sono sempre legate al controtransfert, ma possono anche derivare dal **transfert del clinico**, cioè dal suo vissuto emotivo primario, positivo o negativo, nei confronti del paziente, che precede il transfert del paziente stesso e al quale quest'ultimo può reagire a sua volta con movimento transferiale (Ravasini, 1980).

Prendiamo in esame alcuni comportamenti con questo significato che bisognerebbe sempre evitare:

- a) intervenire nel colloquio con reazioni emotive inadeguate o con racconti relativi alla propria vita;
- b) comunicare giudizi personali basati su valutazioni morali ed ideologiche;
- c) reagire inappropriatamente ad atteggiamenti petulanti, arroganti, aggressivi o provocatori senza appurare a cosa essi siano dovuti;
- d) dimenticare che la sfiducia è un diritto del paziente;
- e) utilizzare il colloquio come una fonte di gratificazione narcisistica facendo la parte del terapeuta onnipotente;
- f) entrare in relazioni di amicizia o commerciali con il paziente;
- g) trarre dal colloquio vantaggi che non siano l'onorario, l'interesse scientifico e professionale;
- h) utilizzare pregiudizi o stereotipi e assumere atteggiamenti prevenuti;
- i) ritenere che il paziente sia sempre simile a noi, oppure necessariamente diverso;

- j) non limitare la curiosità a quella necessaria per il beneficio del paziente;
- k) applicare teorie psicologiche in modo acritico e semplicistico raggiungendo conclusioni affrettate;
- l) pensare di avere capito tutto del paziente.

Per raggiungere un'adeguata comprensione, oltre che per limitare la propria sofferenza personale, il clinico deve sviluppare la capacità di riconoscere non solo le proprie reazioni controtransferiali, ma anche il proprio transfert ed i conflitti che lo generano. Per affrontare un compito così delicato e difficile è necessario conoscere il più possibile se stessi. Nessuna teoria, nessuno studio può sostituire l'esperienza fondamentale rappresentata dallo sperimentare direttamente quelle situazioni che vengono vissute dai nostri pazienti quando si trovano davanti a noi. Infatti, se un training didattico (psicoanalitico o non psicoanalitico, purché rigoroso) è richiesto per l'esercizio di qualsiasi forma di psicoterapia, un'adeguata esperienza formativa è necessaria anche per chi svolge attività di consultazione psicologica oppure un servizio di primo intervento. E' noto che queste due situazioni non sono affatto più semplici di una seduta psicoanalitica (anche se hanno tempi e scopi diversi). Capita troppo spesso, invece, di vedere medici e psicologi senza esperienza, senza adeguata formazione e senza una supervisione da parte di persone esperte, che si espongono, o sono esposti, a situazioni cliniche per le quali non sono preparati. Questo non solo reca danno al paziente, ma di norma genera ansia, disagio e sofferenza nello stesso operatore.

Non si insisterà mai abbastanza sulla necessità di una corretta **formazione psicoanalitica di base**. Talora, ma questo dipende dagli interessi dell'operatore, può essere molto utile l'esperienza di un'analisi personale: essa può permettere l'acquisizione di una migliore conoscenza personale ed una maggiore sicurezza nella conduzione di psicoterapie a breve e lungo termine.

Naturalmente un clinico di formazione psicoanalitica, anche se ha fatto un'analisi personale, non è automaticamente uno psicoanalista. Quest'ultimo è in fondo uno specialista che si è sottoposto ad un lungo e rigoroso tirocinio didattico comprendente l'analisi personale, ma non solo quella. La sua competenza è riservata a situazioni particolari, non affrontabili con altre forme di terapia, oltre che alle attività di consultazione e di supervisione.

Non occorre però essere psicoanalisti per condurre correttamente un colloquio clinico, una psicoterapia d'appoggio o di sostegno oppure centrata sul rilassamento, sulla analisi immaginativa o sulla espressione del linguaggio corporeo. A tal fine non è neanche necessaria, anche se consigliata, un'analisi personale. Potrà essere sufficiente un'esperienza analitica condotta in gruppi di formazione o di apprendimento del tipo dei gruppi Balint o di quelli gruppoanalitici, purché sia un'esperienza sufficientemente lunga, rigorosa, approfondita e seguita nel tempo da un'adeguata supervisione.

2.6. IL COLLOQUIO IN ETA' EVOLUTIVA

Il colloquio clinico con un bambino è una situazione insidiosa che presenta molte difficoltà e richiede grande esperienza. In queste pagine ci limiteremo ad accennare alle problematiche più comuni rimandando ad altri testi per un approfondimento (Battacchi, 1984; De Ajuriaguerra, 1971; De Ajuriaguerra, Marcelli, 1982; Feinstein, Giovacchini, 1989; Marcelli, Braconnier, 1983; Winnicott, 1958).

La prima considerazione da fare è che nel soggetto in età evolutiva spesso mancano l'**interesse** e la **motivazione** per l'incontro. Da un adulto ci si può aspettare disponibilità e collaborazione poiché egli stesso ha richiesto il colloquio spinto dal proprio disagio e dalla consapevolezza del bisogno di aiuto. Un bambino, invece, si sottopone ad una visita psicologica per decisione di altri (i familiari, il medico di famiglia, l'assistente sociale) e raramente ne comprende le ragioni. La situazione sconosciuta e l'incontro con un adulto estraneo possono spaventarlo o più semplicemente annoiarlo. E' necessario, quindi, che il clinico assuma un atteggiamento flessibile e rassicurante, cercando di stimolare l'interesse del bambino facendolo sentire libero e non giudicato .

In secondo luogo, mentre in un colloquio tra adulti la maggior parte delle informazioni viene scambiata attraverso il linguaggio verbale, in età evolutiva questo tipo di comunicazione può essere secondario o mancare completamente. Nel fanciullo il linguaggio parlato viene acquisito gradualmente ed è in relazione con lo sviluppo emotivo ed intellettuale del soggetto e con gli stimoli ricevuti dall'ambiente familiare e sociale. Tra i tre ed i cinque anni il bambino normale estende il proprio vocabolario fino a duemila termini che sa pronunciare correttamente, ma dei quali spesso non conosce il significato. L'adulto può facilmente fraintendere le sue parole scambiando per identità semantica quella che è solamente un'identità fonologica (Tessari, 1984).

A queste **insidie linguistiche** si aggiunge, come ha osservato Piaget (Piaget, 1926), la tendenza del fanciullo a cadere facilmente preda della **suggestione** esercitata su di lui dall'adulto oppure a lasciarsi andare alla **fabulazione**, inventando delle storie per gioco o per provocazione. Queste situazioni possono essere molto difficili da riconoscere.

Per evitare ogni fraintendimento linguistico è necessaria notevole esperienza e la familiarità con le comuni **modalità di comunicazione dei bambini**. Questi, come si è detto, comunicano tra loro e con noi principalmente attraverso un linguaggio non verbale (il contatto fisico, il pianto, il riso, il gioco, il disegno). Un colloquio basato sulle parole è affrontabile solo dai 3-4 anni di età e si presenta comunque difficile e poco attendibile fino ai 7-8 anni (vedi Tabella 3).

Per queste ragioni la maggior parte degli psicologi e neuropsichiatri infantili si serve dell'ausilio di tecniche che, in relazione con l'età di sviluppo del soggetto, privilegiano i canali di comunicazione non verbali, come il gioco o il disegno. In questa sede ci limiteremo a ricordare, per semplicità ed utilità, il **gioco degli scarabocchi** introdotto da Donald Winnicott (1971): a turno il clinico ed il bambino abbozzano su un foglio di carta uno scarabocchio a partire dal quale l'altro deve inventare una forma a cui attribuire un significato. Il colloquio si trasforma in un gioco e la relazione tra adulto e bambino diventa più intima e spontanea.

"Il gioco degli scarabocchi è semplicemente un mezzo per entrare in contatto con il bambino.(...) E' quasi come se il bambino, attraverso i disegni, mi seguisse e, ad un certo punto, partecipasse alla descrizione del caso (...). Inoltre gli scarabocchi e i disegni svolgono una funzione pratica in quanto si possono ottenere dei buoni risultati stabilendo un rapporto di fiducia con i genitori e facendo loro sapere come si è comportato il bambino in alcune particolari circostanze durante il consulto terapeutico. Il mostrare questi disegni dà ai genitori un senso di realtà maggiore di quella che avrebbero se mi limitassi a riferire ciò che il bambino dice." (Winnicott, 1971).

Un altro esempio di osservazione del comportamento infantile, nel contesto della relazione con il clinico, deriva dall'impiego, per uno o più incontri, delle tecniche originariamente proposte da G. Trombini per condurre psicoterapie focali in età evolutiva. Nella IIa infanzia è utilizzata la tecnica della **giocoterapia focale** che propone al bambino l'identificazione con un pupazzo infantile di plastilina, protagonista di una sequenza temporale, inizialmente presentata dal clinico, in cui si svolgono le funzioni fisiologiche fondamentali esplicate in quell'età, che si concretizzano nell'alimentazione, nell'evacuazione e nel sonno. Tale identificazione consente di esteriorizzare nel corso del gioco i conflitti emotivi vissuti dal piccolo, in particolare quelli relativi alla sua condotta alimentare ed evacuativa. Nella III infanzia è utilizzata invece la tecnica delle **storie disegnate**, in cui si invita il fanciullo a disegnare una storia, senza alcun suggerimento da parte del clinico. Ciò permette di esternare i temi affettivi personali e i conflitti relazionali con una sufficiente distanza, tipica del disegnare, e con il vantaggio di non doverli esprimere verbalmente, dato che a quell'età parlare di sé è troppo penoso.

Oltre ai problemi di motivazione e di comunicazione a cui si è accennato vi è un aspetto del colloquio clinico in età evolutiva che si dimostra particolarmente complesso: per capire ed aiutare un bambino è sempre necessario studiare il suo **ambiente**, in particolare quello familiare, e spesso affrontarne le problematiche.

Ancora più che nell'adulto il compito del clinico diventa "*multiassiale*" (De Ajuriaguerra, Marcelli, 1982) essendo necessario:

- 1) individuare la condotta sofferente e la sua collocazione (nel bambino, nei familiari, nel gruppo degli amici, a scuola);
- 2) valutare il significato del disturbo rispetto all'equilibrio intrapsichico del soggetto ed al sistema delle relazioni familiari ed extrafamiliari;
- 3) valutare il livello di sviluppo emotivo, cognitivo e fisico del fanciullo;
- 4) considerare la possibilità di un intervento terapeutico immediato (terapia individuale, colloqui con i genitori, terapia familiare, intervento sociale).

Perciò il clinico deve avere non solo una conoscenza approfondita dello sviluppo normale e patologico del bambino, ma anche esperienza e sensibilità riguardo alle più frequenti problematiche familiari e sociali.

Il bambino viene di solito accompagnato al colloquio dalla madre o da entrambi i genitori. Quando a portarlo è un altro parente (uno zio, un nonno) oppure una persona esterna alla famiglia (un conoscente, l'assistente sociale) possiamo aspettarci un quadro di sofferenza o di rifiuto familiare, oppure di abbandono o di disadattamento sociale.

In linea di massima è consigliabile strutturare il colloquio in tre parti:

- 1) una prima in cui si incontra il bambino assieme ai genitori (o agli altri adulti che lo hanno accompagnato);
- 2) una seconda in cui si vede il bambino da solo;
- 3) un ultimo momento in cui si riunisce il bambino ed i suoi familiari.

Si tratta di consultazioni che richiedono molto tempo (da una a due ore) e sono spesso necessari incontri successivi.

Alla presenza degli altri adulti, ma ancora di più quando è solo con il bambino, l'obiettivo principale del clinico è quello di stabilire una comunicazione autentica, senza malintesi o segreti, fondata su uno scambio affettivo sincero e positivo e non sulle difese. Questo ha in sé una dimensione terapeutica perché permette al bambino di esprimere liberamente le proprie difficoltà e di rafforzare la propria speranza di essere aiutato. I cambiamenti comparsi nel fanciullo potranno poi essere utilizzati dai genitori che si affiancheranno al clinico nel prendersi cura del figlio (Winnicott, 1971).

Se la situazione familiare e sociale non è particolarmente grave (nel qual caso è necessario un intervento terapeutico più approfondito) nella maggior parte di queste **consultazioni terapeutiche** si permette al bambino ed ai genitori di scoprire il significato della condotta sintomatica, di superare il blocco emotivo e di instaurare una relazione più adeguata al processo di crescita.

	Fino a 3 anni	Da 3 a 7 anni	Da 7 a 11 anni	Da 11 a 13 anni	Oltre i 13 anni
GIOCO	+++	++	+	-	-
DISEGNO	++	++	+++	-	-
DIALOGO tipo adulto	-	-	+	++	+++

Tabella 3- Modalità di comunicazione del bambino durante il colloquio (Fonte: De Ajuriaguerra, Marcelli, 1984, modificato)

3. LO SVOLGIMENTO DEL COLLOQUIO

3.1. I PRELIMINARI

Nelle pagine precedenti abbiamo sottolineato più volte l'importanza del contesto ed in particolare del setting nel determinare le condizioni necessarie per lo svolgimento corretto di un colloquio. Molti di questi aspetti sono relativamente stabili e già determinati dal clinico prima dell'incontro, altri dipendono maggiormente dal paziente assumendo significati diversi da caso a caso. Ci rimane da considerare alcuni di questi fattori che ora esamineremo riferendoci principalmente al colloquio con un adulto.

Innanzitutto è importante la **modalità di invio del paziente**. Frequentemente un medico (di famiglia o specialista), dopo un primo esame della situazione, ha consigliato al paziente di sottoporsi ad una valutazione psicologica più approfondita, eventualmente per verificare la necessità di una psicoterapia. Altre volte il soggetto si rivolge a noi sotto le pressioni dei parenti, oppure dietro consiglio di un conoscente che ha fatto la stessa esperienza. In alcuni casi è il paziente stesso che, motivato dalle proprie difficoltà, chiede aiuto aspettandosi consigli, chiarimenti, rassicurazioni, oppure proponendosi per una psicoterapia. Tutte queste situazioni vanno considerate attentamente perché ad esse sono legate le aspettative del paziente, la sua consapevolezza riguardo a ciò che sta per affrontare e, soprattutto, la motivazione ad essere aiutato.

Anche il modo in cui è stato preso l'**appuntamento** è un elemento da valutare. Possiamo dire che il nostro rapporto con il paziente inizia in quel momento. La situazione ottimale è quando lui stesso ci telefona per fissare l'incontro. E' bene ridurre questo contatto al minimo indispensabile, evitando, per quanto possibile, che la conversazione si trasformi in una specie di colloquio preliminare. Non occorre essere sbrigativi o scortesì, basterà fare presente che non siamo nelle condizioni di capire bene o di dare consigli per telefono e che, comunque, di certe cose è meglio parlare personalmente. E' inoltre opportuno farci lasciare un recapito telefonico nel caso che serie necessità ci obblighino a comunicare con il paziente, ad esempio per spostare l'appuntamento.

Capita abbastanza spesso che a contattarci non sia direttamente l'interessato, ma un parente od un conoscente. In questi casi ci dovremmo chiedere quali ragioni abbiano spinto il paziente a non telefonarci personalmente. E' raro che vi siano dei seri impedimenti, nella maggior parte dei casi ci troviamo di fronte ad un tentativo di controllo o di manipolazione da parte del parente, che vuole fornirci per primo la propria visione dei fatti, oppure da parte del paziente stesso, che evita di esporsi delegando a qualcun altro le proprie responsabilità. Si tratta di un aspetto da considerare attentamente e ci dovremo chiedere se il paziente, sempre che sia al corrente della situazione, è veramente motivato ad incontrarsi con noi. E' possibile infatti fare la sgradevole esperienza di un appuntamento fissato al quale non si presenta nessuno.

Qualora non vi siano serie ragioni che lo impediscono (come nel caso di un paziente grave), è sempre bene chiedere gentilmente di essere contattati dall'interessato, magari indicando quando quest'ultimo ci potrà reperire.

Visto il carattere riservato dell'incontro è preferibile che il paziente si presenti al colloquio da **solo**, ma sono abbastanza frequenti i casi in cui il soggetto è **accompagnato** da una o più persone. Anche queste circostanze possono essere legate a tentativi di controllo o di manipolazione. A volte comunque la presenza di accompagnatori è necessaria. Si tratta solitamente di situazioni nelle quali l'autonomia del soggetto è molto limitata (un bambino, una persona molto anziana, un paziente grave). Se al momento in cui viene fissato l'appuntamento l'interessato chiede se deve venire con qualcuno, possiamo lasciare la libertà di scelta, ma dovremo specificare che noi siamo interessati a parlare soprattutto con lui.

Un altro aspetto di grande importanza che precede il colloquio vero e proprio è quello delle **informazioni preliminari** che abbiamo raccolto sul paziente. A volte l'incontro è preceduto da una telefonata o da una relazione (scritta o verbale) da parte del collega che ha fatto l'invio, oppure di un altro operatore (assistente sociale, educatore) che si è interessato al caso e lo ha segnalato. In altri casi riceviamo una telefonata da parte di un parente che vuole spiegarci la situazione dal proprio

punto di vista. Può inoltre accadere di venire casualmente a conoscenza di fatti importanti che riguardano l'esaminando.

Dobbiamo tenere presente che ogni informazione non fornita direttamente dall'interessato può metterci in difficoltà nel nostro tentativo di comprenderlo. Egli ha il diritto di presentarci le cose a modo suo e potrà diventare diffidente se sospetterà che sappiamo di lui cose che non ci ha ancora detto. D'altra parte, noi faremo fatica a cogliere la sua particolare prospettiva e ad operare quel processo di parziale identificazione e condivisione di cui si è parlato nelle pagine precedenti. Tutto ciò può limitare la nostra capacità di comprensione e pregiudicare la relazione. Per questo la maggior parte dei clinici preferisce, almeno inizialmente, non ricevere informazioni dettagliate sul paziente. In alcuni casi, tuttavia, questo è inevitabile.

Alla fine il paziente, solo o accompagnato, si presenterà nel nostro studio. Dopo un semplice saluto (un buon giorno ed una stretta di mano saranno sufficienti) lo faremo accomodare indicandogli dove sedersi. A questo punto, prima dell'inizio vero e proprio del colloquio, potranno essere necessarie alcune nostre dichiarazioni tese ad evitare malintesi ed a chiarire il contesto dell'incontro.

E' bene innanzitutto presentarsi, rendendo esplicita la propria posizione professionale (medico, psichiatra, psicologo, psicoterapeuta) fornendo, se necessario, alcune semplici informazioni relative all'istituzione in cui si opera. Conviene inoltre informare con correttezza il paziente se si sono ricevute informazioni su di lui e come queste sono state ottenute.

Per evitare di alimentare nel soggetto delle aspettative terapeutiche immediate, che sarebbero inevitabilmente frustrate contribuendo a rafforzare i suoi meccanismi di difesa, sarà anche necessario definire chiaramente sin dall'inizio quale sono i limiti temporali del colloquio: da una a tre sedute di circa un'ora saranno probabilmente sufficienti per mettere a fuoco la situazione, decidere assieme sul da farsi ed eventualmente prospettare un programma terapeutico.

3.2. LA FASE INIZIALE

Parlando delle fasi del colloquio ci riferiremo in realtà all'intero processo di valutazione psicologica che solo in alcuni casi può essere contenuto in una sola seduta.

Ciò premesso, cerchiamo di vedere quello che accade nel corso della prima parte dell'incontro.

Prima di tutto l'atteggiamento più corretto dell'operatore è quello basato sull'**ascolto**. Il colloquio non è un interrogatorio. Il paziente deve essere messo il più possibile a proprio agio, deve disporre della libertà di organizzare spontaneamente il modo di esprimersi e di relazionarsi che gli è caratteristico (simbiotico-fusionale; anaclitico, cioè di grande dipendenza; triangolare-edipico, cioè relativo ai sentimenti di amore, odio, gelosia e competizione che il bambino prova verso i genitori), il proprio tipo di angoscia (di frammentazione, di perdita, di castrazione), le difese abituali (rimozione, proiezione, scissione, negazione, ecc.).

Può essere sufficiente, dopo i preliminari, esordire con una breve frase come questa: "Ora mi racconti con calma che cosa la preoccupa" Oppure: "Quale è il motivo che l'ha indotta a telefonarmi e a venire da me?". Se questo è sufficiente a mettere il paziente nelle condizioni di parlare sarà opportuno rimanere in silenzio finché egli non ha esaurito la risposta, rimandando ad un momento successivo le richieste di precisazioni e chiarimenti.

La posizione di ascolto non è sempre facile. Con pazienti che parlano molto ed in modo disordinato e confuso può essere forte la tentazione di indurli a una maggiore precisione ed ordine nella esposizione verbale. Sono talora possibili brevi interventi volti a puntualizzare e a riassumere le vicende che il paziente sta riferendo, evitando però di inibire la sua libertà di comunicazione. Per il resto, solo una lunga e paziente esperienza ci insegnerà a saper aspettare, annotando mentalmente le cose sulle quali desideriamo ritornare non appena le pause del dialogo lo permetteranno. Vi sono però soggetti che hanno molto bisogno di parlare, in questi casi, anche per un'intera seduta, l'atteggiamento dell'operatore deve rimanere quasi esclusivamente quello dell'ascolto (Greenson, 1974).

I pazienti possono iniziare il colloquio in modo molto diverso. Spesso affrontano direttamente quello che ritengono sia il problema, cioè ci parlano dei loro sintomi e delle situazioni che pensano siano in relazione con essi. In altri casi sono spinti a ripercorrere tutta la propria vita, con le relative malattie e difficoltà, offrendoci, in sostanza, una sorta di anamnesi spontanea. Altre volte partono da un argomento apparentemente di nessuna importanza per arrivare, solo con molta difficoltà, al problema che li ha portati davanti a noi. Alcune persone invece tacciono inbarazzate, limitandosi a rispondere con monosillabi alle nostre domande. Può trattarsi di pazienti psicotici o borderline (con intensi vissuti persecutori o depressivi) oppure soggetti caratteriali o fobici. In questi casi è inutile e dannoso lasciare la persona a lungo in un silenzio carico di tensione e di disagio.

A volte l'ansia può essere attenuata proprio dal sentirsi porre delle domande che, anche se inizialmente riguardano argomenti banali, liberano il paziente dal timore di dire troppo e dalla responsabilità di dare rilievo alle questioni importanti. Questo gli permetterà di rilassarsi e di parlare in seguito più facilmente. In altri casi l'esaminatore può esplicitare al paziente questa difficoltà a parlare e proporre ipotesi sulle sue possibili origini per incoraggiarlo ad esprimersi liberamente. Può dire, ad esempio: "Mi rendo conto che lei in questo momento è un po' teso. Forse ha paura delle mie reazioni o teme di essere giudicato. E' così?" Con interventi di questo tipo di solito si riesce a tranquillizzare il paziente. Fanno eccezione quei soggetti che sono stati forzati a sottoporsi al colloquio dai parenti o da altri e che hanno deciso di non parlare perché vivono la situazione come imposta.

Quando l'esaminando, anche sulla base degli stimoli ricevuti, riesce a verbalizzare l'origine della propria ansia immediata, di solito stabilisce con l'operatore un primo contatto emotivo. Questo vissuto di comunicazione reciproca gli permetterà di accettare il dialogo e di sentirsi sempre più a suo agio nel parlare.

In questa prima fase del colloquio, inoltre, si dovrà porre attenzione a una serie di altri elementi importanti dei quali abbiamo in parte già parlato precedentemente. Si valuteranno la modalità di espressione verbale e non verbale, la fluidità o la rigidità dell'atteggiamento, il grado di adattamento alla realtà, il modo di affrontare l'angoscia e l'aggressività ed il livello di queste, l'eventuale erotizzazione del dialogo, la facilità ad evocare e rielaborare i ricordi, il tipo di funzionamento mentale (fantasie, sogni, pensiero logico), i conflitti e le difese messe in atto contro di essi. Tutto ciò permetterà di elaborare delle prime caute ipotesi sul paziente che andranno confermate, ampliate o corrette nel corso successivo del colloquio.

3.3. LA FASE CENTRALE

La parte centrale del colloquio concerne soprattutto ciò che non è stato detto spontaneamente e che tuttavia è necessario conoscere. Questo senza imporre al paziente delle domande che creino un clima inquisitorio nel dialogo. Spesso ciò si ottiene semplicemente rilanciando certi contenuti e poi lasciando che l'esaminando parli da solo, stimolato dall'interesse del suo interlocutore. La nostra mimica più o meno attenta, le nostre espressioni interrogative o di assenso, i nostri borbottii di commento costituiscono dei rinforzi più validi di domande lunghe e complesse. Lo scopo di questa fase del colloquio è quello di colmare le principali lacune del discorso e ciò deve avvenire, nei limiti del possibile, senza eccesso di zelo né desiderio di perfezione, che si rivelerebbero ansiogeni per il paziente e sostanzialmente inutili. Dovranno essere messi a fuoco innanzi tutto quegli elementi della anamnesi psicosociale del soggetto che fossero eventualmente rimasti in ombra nella sua esposizione. Rimandiamo alle pagine precedenti per quello che riguarda i dettagli sulla raccolta dei dati.

Prima di terminare, può essere molto utile, come informazione sull'evoluzione dell'incontro, porre al soggetto domande del tipo: "Che cosa si aspettava da questo colloquio prima di venire e cosa si aspetta adesso?", oppure: "Che cosa vorrebbe cambiare in se stesso e nel proprio modo di vivere?".

Come abbiamo detto più volte il colloquio è un'esperienza relazionale nella quale il paziente tende a rivivere i desideri, i fallimenti, i conflitti, le carenze, i processi di adattamento e le difese che gli sono tipici. Se l'esaminatore si è comportato correttamente il soggetto si troverà progressivamente indotto a vivere, nel "*qui*" ed "*ora*" del colloquio, il proprio modo di relazionarsi con le relative angosce, frustrazioni, collere e rivendicazioni. L'operatore deve saper aspettare ed ascoltare, non imponendo nulla ed accettando il paziente senza reazioni incontrollate o atteggiamenti prevenuti, permettendogli di mettere lentamente in evidenza la propria struttura di personalità.

Il compito del clinico non è facile: egli non dovrà solo controllare la propria ansia, la propria intrusività e la propria irritazione, ma dovrà anche reinventare con ogni diverso paziente uno stile di rapporto spontaneo e naturale. Egli dovrà inoltre fare i conti con le proprie fantasie di onnipotenza accettando il fatto che ogni colloquio è inevitabilmente incompleto e frammentario.

3.4. LA CONCLUSIONE

Per il paziente il colloquio è un'esperienza molto faticosa. Durante la conversazione si sono probabilmente risvegliati in lui sentimenti, ricordi e nuovi interrogativi che lo hanno emotivamente provato. Verso la fine dell'incontro è compito del clinico riportare l'esaminando ad uno stato di calma, fare con lui il punto della situazione e suggerirgli delle soluzioni ragionevoli e responsabili.

E' frequente che a questo punto il soggetto, soprattutto se molto ansioso, solleciti un giudizio diagnostico o prognostico immediato. E' allora necessario spiegarli con tatto che nel suo caso non ha senso parlare di "diagnosi" e di "malattia", così come si fa in medicina, perché i problemi emotivi ed affettivi sono una cosa diversa dai disturbi del cuore o del fegato, anche se i primi possono influenzare i secondi e viceversa. Se ne siamo veramente convinti, come dovremmo, non sarà difficile esprimere la nostra valutazione in termini di "problemi da comprendere e cercare di affrontare" (Quali sono i più importanti o i più urgenti? Quelli di relazione con gli altri? Quelli affettivi? Quelli sessuali? Quelli lavorativi? Oppure quelli legati al proprio vissuto più intimo, all'ansia, alla depressione, alla scarsa autostima, ad eventuali altri sintomi che arrecano disagio?).

Gli stessi criteri vanno utilizzati per l'eventuale indicazione di un progetto terapeutico (un cambiamento nelle abitudini di vita, una psicoterapia, una terapia medica, un ricovero). E' necessario porre il problema in termini propositivi e non rigidi, anche se tecnicamente corretti ed espliciti (esistono molti tipi di psicoterapia, ognuno dei quali ha indicazioni, caratteristiche, tempi e limiti specifici). Il paziente deve poter scegliere se seguire i nostri consigli nel modo più autonomo possibile. Non dobbiamo chiedergli una risposta immediata, meglio rinviare queste decisioni ad un momento più propizio (ce le potrà comunicare telefonicamente o nell'occasione di un nuovo colloquio), per evitare che il soggetto le viva come qualcosa che gli è stato imposto e di cui non è pienamente convinto.

Nel caso si sia suggerita una psicoterapia è inoltre importante far presente che non è possibile prevederne in anticipo la durata. Il paziente si deve poter preparare all'idea che possa essere un'esperienza anche piuttosto lunga e che volendo risolvere dei problemi complessi, che spesso si trascinano da anni, l'importante è il poterne venire finalmente a capo.

L'esaminando potrà reagire a quanto gli abbiamo comunicato mostrandosi sereno e rassicurato, oppure manifestando indifferenza, ansia, disappunto e anche rabbia. Potremo confortarlo ed incoraggiarlo, ma non fino al punto da soddisfare delle richieste illogiche, infantili o di carattere nevrotico.

Gli ultimi minuti del colloquio si rivelano di solito molto importanti. Sono un'occasione per conoscere il modo con cui il paziente vive ed affronta le esperienze di separazione. Alcuni soggetti alla fine dell'incontro provano ansia e non riescono a smettere di parlare, altri decidono di affrontare solo allora argomenti importanti sui quali avevano taciuto. Non è il caso, naturalmente, di far notare questa apparente contraddizione: la cosa migliore è lasciare che il paziente accenni a questi argomenti, rimandandone la discussione ad un eventuale momento successivo.

In realtà un colloquio psicologico non ha una vera fine. I suoi frutti si raccolgono in gran parte quando i due interlocutori si sono separati: il paziente e il clinico continueranno a pensare agli argomenti che sono emersi. Nuove associazioni e nuove emozioni si presenteranno alla loro mente, fornendo materiale per un eventuale incontro successivo e permettendo di comprendere meglio ciò che è accaduto.

Parlare per la prima volta di sé ad una persona estranea che ascolta attentamente è una situazione inedita ed emotivamente pregnante. L'intensità dell'ansia è spesso tale da impedire di esprimersi o persino di pensare liberamente. Dopo il colloquio molti pazienti ritrovano la calma ed allora cominciano a pensare in modo costruttivo agli argomenti discussi, nello stesso tempo l'immagine del clinico diventa meno minacciosa ed estranea. Dopo alcuni giorni di riflessione il paziente stesso potrà richiedere un secondo appuntamento per parlare più liberamente.

Anche se i due interlocutori ritengono di non doversi rivedere, il colloquio non può che restare aperto, in quanto un suo scopo importante è quello di porre al paziente problemi più autentici e profondi di quelli per i quali aveva ricercato l'incontro.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. American Psychiatric Association (1994-95), *DSM-IV, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano, 1996.
2. Balint E., Norell J.S. (1973), *Six Minutes for the patient: interactions in general practice consultation*, Tavistock Publications, London [trad.it.: (1975), *Sei minuti con il paziente*, Guaraldi, Rimini-Firenze].
3. Balint M., Balint E. (1968), *The basic fault*, Tavistock Publications, London [trad. it. (1983), *Il difetto fondamentale*, in: *La regressione*, Raffaello Cortina, Milano].
4. Bateson G. (1972), *Steps to an ecology of mind*, Chandler Publishing Company [trad.it.: (1976), *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano].
5. Battacchi M. (a cura di) (1984), *Trattato enciclopedico di psicologia dell'età evolutiva*, Piccin, Padova.
6. Bion W.R. (1962), *Learning from experience*, Heinemann, London [trad.it.: (1972), *Apprendere dall'esperienza*, Armando, Roma].
7. Bleger J. (1964), *Il colloquio psicologico (suo impiego nella diagnosi e nella ricerca)*, in: Bleger J. (1989), *Psicoigiene e psicoanalisi istituzionale* (a cura di M. Rossetti e M.E. Petrilli), Libreria Editrice Lauretana, Loreto.
8. Bolko M., Merini A. (1988), "Il setting", *Psicoterapia e Scienze Umane*, **2**, pp.3-21.
9. Canestrari R. (1984), *Psicologia generale e dello sviluppo*, CLUEB, Bologna.
10. Canestrari R., Ricci Bitti P.E. (1982), *Il colloquio clinico*, in: Bosinelli M. (a cura di) (1982): *Metodi in psicologia clinica*, Il Mulino, Bologna.
11. Cipolli C., Moja E.A. (a cura di) (1991), *Psicologia medica*, Armando, Roma.
12. Cremerius J. (1971a), "Tacere: problema della tecnica psicoanalitica", *Psicoterapia e Scienze Umane*, **3**, pp.5-14.
13. Cremerius J. (1971b), "Il silenzio dell'analista", *Psicoterapia e Scienze Umane*, **4**, pp.12-18.
14. De Ajuriaguerra J. (1971), *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Masson, Paris [trad. it.: (1981), *Manuale di psichiatria del bambino*, Masson, Milano].

15. De Ajuriaguerra J., Marcelli D. (1982), *Abrégé de psychopathologie de l'enfant*, Masson, Paris [trad.it.: (1984), *Psicopatologia del bambino*, Masson, Milano].
16. Depolo M., Palmonari A. (1982), *Il questionario, l'intervista e l'analisi del contenuto nel lavoro clinico*, in: Bosinelli M. (a cura di) (1982), *Metodi in psicologia clinica*, Il Mulino, Bologna.
17. Duncan S.jr. (1969), "Nonverbal communication", *Psychol. Bull.*, **72**, pp.118-137.
18. Feinstein S.C., Giovacchini P.L. (a cura di) (1989), *Psichiatria dell'adolescente* (2 voll.), Armando, Roma.
19. Fraser C. (1978), *Communication in interaction*, in: Tajfel H., Fraser C. (a cura di) (1978), *Introducing social psychology*, Penguin, Harmondsworth [trad.it. (1979): *Introduzione alla psicologia sociale*, Il Mulino, Bologna].
20. Freud S. (1911-12), *Zur technik der psychoanalyse*, [trad.it. (1974): *Tecnica della psicoanalisi*, in: *Opere di Sigmund Freud* (vol.6), Boringhieri, Torino].
21. Freud S. (1913-14), *Weitere ratschläge zur technik der psychoanalyse*, [trad.it. (1975): *Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi*, in: *Opere di Sigmund Freud* (vol.7), Boringhieri, Torino].
22. Greenson R.R. (1967), *The technique and practice of psychoanalysis*, International Universities Press, New York [trad.it. (1974): *Tecnica e pratica psicoanalitica*, Feltrinelli, Milano].
23. Habermas J. (1968), *Thesen zu einer theorie der sozialisation*, Frankfurt, Main.
24. Hautmann G. (1979), "La peculiarità della situazione analitica e la psicoterapia", *Riv.Psicoanal.*, **25**, pp.400-409.
25. Hoffman L. (1981), *Foundations of family therapy*, Basic Books, New York [trad.it.: (1984), *Principi di terapia della famiglia*, Astrolabio, Roma].
26. Kernberg O. (1983), "La intervista strutturale", *Psicoterapia e Scienze Umane*, **4**, pp.22-55.
27. Korchin S.J. (1976), *Modern clinical psychology*, Basic Books, New York [trad.it.: (1977), *Psicologia clinica moderna* (2 voll.), Borla, Roma].
28. Laplanche J., Pontalis J.B. (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*, P.U.F., Paris [trad.it.: (1968), *Enciclopedia della psicoanalisi*, Laterza, Bari].
29. Mainardi D. (1974), *Il linguaggio umano*, in: *L'animale culturale*, Rizzoli, Milano.
30. Marcelli D., Braconnier A. (1983), *Psychopatologie de l'adolescent*, Masson, Paris [trad.it.: (1985), *Psicopatologia dell'adolescente*, Masson, Milano].
31. Menninger K. (1958), *Theory of psychoanalytic technique*, Basic Books, New York [trad. it.: (1973), *Teoria della tecnica psicoanalitica*, Boringhieri, Torino].
32. Piaget J. (1926), *La représentation du monde chez l'enfant*, P.U.F., Paris [trad.it.: (1966), *La rappresentazione del mondo nel fanciullo*, Boringhieri, Torino].
33. Ravasini C. (1979), *Introduzione alla psicologia clinica*, F. Angeli, Milano.
34. Ravasini C. (1980), *Il colloquio in psicologia clinica*, Libreria Cortina, Milano.
35. Reik Th. (1948), *Listening with the third ear*, Fanar-Straus, New York.
36. Saraval A. (1988): *La tecnica classica e la sua evoluzione*, in: Semi A.A. (a cura di) (1988), *Trattato di psicoanalisi* (vol.I), Raffaello Cortina, Milano.
37. Semi A.A. (1985), *Tecnica del colloquio*, Cortina, Milano.

38. Semi A.A. (1992), *Dal colloquio alla teoria*, Cortina, Milano.
39. Sluzki C.E., Ransom D.C. (a cura di) (1979), *Il doppio legame*, Astrolabio, Roma.
40. Stoetzel J. (1964), *La psicologia sociale*, Armando, Roma.
41. Sullivan H.S. (1967), *Il colloquio psichiatrico*, Feltrinelli, Milano.
42. Tessari F. (1984), *Colloquio come strumento d'indagine in età evolutiva*, in: Battacchi M. (a cura di) (1984), *Trattato enciclopedico di psicologia dell'età evolutiva* (vol.I, tomo 1), Piccin, Padova.
43. Trombini G., Rossi N. (1978), "Il modello psicosomatico della colite ulcerosa: contributo clinico e psicofisiologico", *Med.Psychosom.*, **1**, pp.25-33.
44. Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D. (1967), *Pragmatic of human communication. A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*, W.W.Norton & Co., New York [trad.it.: (1971), *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*, Astrolabio, Roma].
45. Winnicott D.W. (1958): *Collected papers. Through paediatrics to psycho-analysis*, Tavistock Publications, London [trad. it.: (1975), *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Martinelli, Firenze].
46. Winnicott D.W. (1971): *Therapeutic consultation in child psychiatry*, The Hogart Press, London [trad. it.: (1974), *Colloqui terapeutici con i bambini*, Armando, Roma].